

FICHE D'ADMISSION

CADRE A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNEL QUI REALISE LA PROGRAMMATION

DATE D'ENTREE : / /

HEURE D'ENTREE | | h | |

SERVICE D'ADMISSION :

COORDONNEES DU PATIENT

NOM utilisé et Prénom(s) :

NOM de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Situation de famille : Célibataire Marié.e Séparé.e Divorcé.e Veuf.ve Pacsé.e Vie Maritale Non précisé

Date de naissance : / / **Ville / pays de naissance**: (N°département) | |

Adresse détaillée

Code postal | | | | Ville

Courriel (mail) :

Téléphone(s) **fixe** | . | . | . | . | . | . | **Portable** | . | . | . | . | . | . |

PERSONNE(S) A PREVENIR (A METTRE A JOUR POUR CHAQUE VENUE)

Personne 1 : NOM et Prénom

Lien avec le patient : Parent : titulaire de l'autorité parentale en : Exercice conjoint ou Exercice unilatéral
Conjoint.e Époux.se Enfant Tuteur Autre :

Adresse détaillée

Code postal | | | | Ville

Courriel (mail) :

Téléphone(s) : fixe | . | . | . | . | . | . | Portable | . | . | . | . | . | . |

Personne 2 : NOM et Prénom

Lien avec le patient : Parent : titulaire de l'autorité parentale en : Exercice conjoint ou Exercice unilatéral
Conjoint.e Époux.se Enfant Tuteur Autre :

Adresse détaillée

Code postal | | | | Ville

Courriel (mail) :

Téléphone(s) : fixe | . | . | . | . | . | . | Portable | . | . | . | . | . | . |

Décide de ne prévenir personne

PATIENT MAJEUR PROTEGE

Protection juridique du patient : Curatelle Tutelle du patient ⁽¹⁾ Non concerné

NOM et Prénom du Curateur ou du Tuteur :

Adresse détaillée

Code postal | | | | Localité

Courriel (mail) :

Téléphone **Domicile** | . | . | . | . | . | . | **Portable** | . | . | . | . | . | . |

⁽¹⁾ Dans ce cas, nécessité d'un consentement écrit signé de la personne chargée de la protection/ du juge / ou du conseil de famille pour une intervention avec anesthésie générale ou loco régionale

DEMANDE DE NON DIVULGATION DE PRESENCE

Je souhaite l'application d'une mesure de **non divulgation** de ma présence au GHBS pour la durée de l'hospitalisation :

OUI NON

Si oui, aucune information ne sera donnée à l'accueil ou au standard concernant la présence (et il n'y aura pas de visiteurs, sauf les personnes qui auront été prévenues).

Situation de Handicap : Refus de mention du pictogramme sur dossier



COUVERTURE SOCIALE

(A COMPLETER UNIQUEMENT SI ELEMENTS NON COMMUNIQUEES OU CHANGEMENTS SUR L'ANNEE EN COURS)

Assurance Maladie Obligatoire (CPAM, MSA...) :

NOM et Prénom de l'assuré : _____

NOM de la caisse : _____

Numéro de sécurité sociale : | _ | _ . | _ . | _ . | _ . | _ . | _ . | _ . | _ . |

Assurance Maladie Complémentaire ou mutuelle :

NOM et Prénom du titulaire du contrat : _____

NOM de l'organisme : _____

Numéro d'adhérent : _____ N° AMC _____

Si séjour en lien avec un accident du travail : **date de l'A.T.** : ____/____/____

Nom de l'employeur : _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____

CHAMBRE PARTICULIERE

Si le patient est hospitalisé dans un service du GHBS, afin de lui procurer le meilleur confort, il peut bénéficier d'une chambre seule selon les disponibilités.

Ce régime particulier d'hospitalisation en chambre seule est tarifé :

Médecine, Chirurgie, Obstétrique :

- . Site de Lorient : 55 € par jour
- . Site de La Villeneuve Quimperlé : 45 € par jour
- . Site de Kerdurand Riantec : 55 € par jour
- . Site du Faouët : 43 € par jour

Soins de Suite et de Réadaptation :

- . Site de Kerlivio Hennebont : 45 € par jour
- . Site de Kerbernes Ploemeur : 40 € par jour
- . Site de La Villeneuve et Bois-Joly Quimperlé : 45 € par jour
- . Site de Kerdurand Riantec : 45 € par jour
- . Site du Faouët : 40 € par jour

Chirurgie / Médecine ambulatoire : 25 € par jour

Psychiatrie : 40 € par jour

Il existe de nombreux accords de tiers-payants entre le GHBS et les complémentaires santé. L'établissement se mettra en relation directe avec la complémentaire santé pour le paiement des sommes qu'elle prend en charge, qui ne vous seront pas facturées.

J'autorise la facturation d'une chambre seule à la complémentaire santé

Je n'autorise pas la facturation d'une chambre seule à la complémentaire santé

Je soussigné.e : _____ (patient ou son représentant) certifie l'exactitude de l'ensemble des informations indiquées sur ce formulaire.

A _____, le ____/____/____

Signature

Merci de bien vouloir **transmettre le formulaire complété et les documents notés ci-dessous** au professionnel en charge de l'accueil pour le traitement administratif du dossier.

- Justificatif d'identité (Carte Nationale d'Identité recto-verso, Passeport, Titre de séjour recto-verso, extrait d'acte de naissance ou livret de famille accompagné du justificatif d'identité du parent pour les enfants mineurs)
- Carte vitale, carte mutuelle (**en recto / verso**) ou attestation Complémentaire Santé Solidaire (CSS) du patient

Vous pouvez aussi les adresser par mail à l'adresse gap.centrale@ghbs.bzh en indiquant le nom du patient et la date de la venue.