FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE
Hospitalisation de Jour

PRÉ-ADMISSION OBLIGATOIRE

Les documents obligatoires pour préparer votre admission :

- **Photocopie de votre carte d'identité (recto / verso)**
- **Photocopie de l'attestation à jour de la caisse d'affiliation (CPAM, MSA, RSI, MGEN…)**
- **Photocopies de votre carte de mutuelle (recto / verso)**
- **Fiche de condition d'admission (document ci-joint) renseignée et signée**
- **Si votre séjour fait suite à un accident de travail : copie du justificatif correspondant (courrier de votre caisse d'affiliation, déclaration d'accident de travail établie par votre employeur…)**
- **Dans le cas de l'admission d'un patient majeur protégé : Carte d'identité du représentant légal + photocopie du jugement + autorisation d'hospitalisation**
- **Dans le cas de l'admission d'un patient mineur : autorisation d'hospitalisation, copie de la carte d'identité des représentants légaux et livret de famille.**

Nous vous remercions de nous bien vouloir nous communiquer ces informations dans les plus brefs délais et avant votre entrée au CMRF :

@ : bde.cmrf@umt-terresdoc.fr

: Centre Mutualiste de Rééducation Fonctionnelle
Bureau des Entrées
Rue Angély Cavaillé
81 000 ALBI

FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE
Hospitalisation de Jour

FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE
Hospitalisation de Jour

PATIENT :

ÉTIQUETTE DU PATIENT

NOM : _____

NOM de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____ **Téléphone portable :** _____

Email (Obligatoire : ***inscription logiciel administratif + transmission uniquement à la Haute Autorité de Santé pour l'envoi de l'enquête nationale de satisfaction e-satis*****):** _____

Médecin traitant : _____

Mesure de protection judiciaire : ☐ **Sans protection** ☐ **Curatelle** ☐ **Tutelle**

Le cas échéant : coordonnées du tuteur / curateur : _____

Date d'entrée prévue en hospitalisation : _____ **à** _____ **h** _____

▶ RAPPEL DES DOCUMENTS OBLIGATOIRES A TRANSMETTRE

☐ Photocopie de votre **carte d'identité** (recto / verso)

☐ Photocopie de **l'attestation à jour de la caisse d'affiliation** (CPAM, MSA, RSI, MGEN…)

☐ Photocopies de votre **carte de mutuelle** (recto / verso)

☐ Si votre séjour fait suite à un **accident de travail** : justificatif correspondant (courrier de votre caisse d'affiliation, déclaration d'accident de travail établie par votre employeur…)

☐ Dans le cas de l'admission d'un patient **majeur protégé** : Carte d'identité du représentant légal + photocopie du jugement + autorisation d'hospitalisation

☐ Dans le cas de l'admission **d'un patient mineur** : autorisation d'hospitalisation, copie de la carte d'identité des représentants légaux et copie du livretde famille.

▶ PERSONNE A PREVENIR

Les informations communiquées à la personne à prévenir sont limitées et ne peuvent en aucun cas se situer dans le champ des informations couvertes par le secret médical et professionnel.

Nom et Prénom : …… Téléphone : ……

Adresse : ……

Lien avec la personne : ……

▶ IDENTITOVIGILANCE - PORT DU BRACELET D'IDENTIFICATION :

Le bracelet d'identification est un dispositif d'identification ; rendu obligatoire par notre certification.

Je m'engage à porter le bracelet tout au long de mon séjour ☐ Oui ☐ Non

Dans le cas contraire, je serai reçu par la Direction – qui se réservera le droit de mettre fin à mon séjour.

TOURNEZ SVP

FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE
Hospitalisation de Jour

▶ LES PROTHESES :

Je porte une prothèse dentaire, oculaire, auditive.

☐ Oui ☐ Non

Si oui, je m'engage à en informer le personnel du service. L'établissement n'est pas responsable en cas de perte ou de vol de celle-ci.

▶ TRANSPORTS EN AMBULANCE / VSL (Hors transports à la charge du CMRF)

Dans le cadre du respect du libre choix, et à défaut de demande expresse écrite de ma part, j'autorise l'établissement à choisir et faire appel à un organisme de transport agrée

☐ Oui ☐ Non

▶ LE DÉPÔT D'ARGENT OU D'OBJETS DE VALEUR, JE DECLARE :

Je prends note de ne pas amener objets ou valeurs (bijoux, alliance, multimédia, téléphone, etc. …). Dans le cas contraire, j'ai la possibilité de les déposer au coffre le jour de mon hospitalisation. En cas de perte ou de vol, la responsabilité de l'établissement ne sera pas retenue.

Il est strictement interdit d'amener des objets coupants ou contondants. Si par cas vous en avez un, il devra être déposé au coffre.

▶ JE M'ENGAGE A REGLER L'ETABLISSEMENT :

☐ **LES FRAIS QUI NE SERAIENT PAS PRIS EN CHARGE par les caisses d'Assurance Maladie ou d'autres organismes payeurs** (Tickets modérateurs, ….).

Faute de prise en charge, je règle ces frais.

☐ **UNE CONNEXION WIFI** 3 € / jour ou 30 € le mois

Je m'engage à régler le montant correspondant

Je soussigné(e) _____ **reconnais avoir pris connaissance de ce document et en accepter le contenu.**

Date

Signature du patient (ou des représentants légaux / Tuteur) :

En cas de patient sous curatelle : signature du patient et du curateur