

CLINIQUE DE BONNEVEINE

**FICHE DE PRE ADMISSION**

**LE PATIENT**

NOM : .....

Prénom : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Date de naissance : .....

ADRESSE : .....

.....

Tél. : .....

Médecin traitant : .....

**L'ASSURE**

NOM : .....

Prénom : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Date de naissance : .....

**LA PERSONNE A PREVENIR :**

NOM : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Tél. : .....

**RENSEIGNEMENTS OUVERTURE DES DROITS :**

N° SECU :

Organisme d'affiliation : \_\_\_\_ \_

Code Gestion : \_\_\_\_ \_

ATTESTATION SECU :  OUI  NON

CARTE MUTUELLE :  OUI  NON

CARTE D'IDENTITE :  OUI  NON

**PARTIE A REMPLIR PAR L'ANESTHESISTE**

DATE D'ENTREE : .....

MODE D'HOSPITALISATION :  AMBU  HOSPI

NOM DU CHIRURGIEN : .....