



Fondée en 1844

INFIRMERIE PROTESTANTE DE LYON
1-3 chemin du Penthod
69641 CALUIRE ET CUIRE CEDEX
(Métro Cuire)
Tél. : 04 72 00 72 00
Siret 431 768 084 00011
FINESS 69079 3468

DEMANDE D'ADMISSION

Ce document dûment complété doit être remis ou envoyé impérativement

- Dès que possible
- Ou au plus tard 48h avant votre hospitalisation

AVEC :

- votre **carte vitale** à jour de droits à présenter le jour de l'hospitalisation
- **2 photocopies de votre pièce d'identité recto/verso**
- **2 photocopies de votre carte mutuelle recto/verso** (demandez à votre mutuelle de nous faxer une prise en charge détaillée au 04 72 00 71 09 pour l'ambulatoire et l'HTP et au 04 72 00 70 54 pour l'hospitalisation complète)
- le document d'**autorisation d'opérer pour mineur/consentement éclairé complété et signé**

PARTIE A COMPLETER PAR LE SECRETARIAT MEDICAL

Date d'entrée :/...../..... Docteur :

Hospitalisation complète Ambulatoire HTP Soins Externes Soins de suite Chimiothérapie

Merci d'indiquer votre identité telle qu'elle est indiquée sur votre carte d'identité

Nom : Prénom(s) :

Nom de jeune fille : Sexe : M F

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance : Département :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

	Nom(s) - Prénom(s)	Adresse	Téléphone
Personne(s) à prévenir			

Quel type de chambre souhaitez-vous (sous réserve de disponibilité) ?

Particulière (supplément) Double (sans supplément) Accompagnant mineur (supplément)

Nom et adresse du centre de remboursement assurance maladie :

N° immatriculation (clé) CMU : oui non

Nom de votre mutuelle :

S'il s'agit d'un accident du travail, veuillez préciser la date :/...../..... (joindre la copie de la feuille d'AT)

Nom et adresse de l'employeur :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Adresse : CP : Ville :

Profession : Salarié(e) Retraité(e) ou pensionné(e)
Sans emploi Non salarié(e) (à préciser) :

En cas d'hospitalisation complète :

- un chèque de caution de 200 € vous sera demandé lors de votre admission, il vous sera rendu après paiement total de la facture.
- un chèque de caution de 30 € et un pré-paiement pour la télévision (en option).

Nous vous demandons de ne pas apporter avec vous d'objets de valeur. **La clinique décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.**

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements ci-dessus et m'engage à régler les frais de séjour et les honoraires médicaux restant à la charge du patient.

Date :

Signature du déclarant :