

FORMULAIRE DE PRÉ-ADMISSION



PÔLE SANTÉ
92-94 avenue du Dr Donat
06800 Cagnes-sur-Mer
Tél : 04 92 13 53 13
www.polesantesaintjean.fr

**DOCUMENT À COMPLÉTER ET À DÉPOSER AU BUREAU DES ADMISSIONS
LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE**

Date d'admission :/...../.....

Nom du médecin :

- AMBULATOIRE**
 HOSPITALISATION
 ENDOSCOPIE

PATIENT

NOM DE NAISSANCE DATE DE NAISSANCE.....
PRÉNOM NOM D'USAGE.....
TÉLÉPHONE MAIL.....
ADRESSE.....
CODE POSTAL..... VILLE

PERSONNE DE CONFIANCE

NOM..... PRÉNOM.....
LIEN DE PARENTÉ TÉLÉPHONE.....
La personne de confiance est-elle la personne qui viendra vous chercher ? OUI NON

SOUHAITS HOTELIERS

ESPACE CONFORT PRIVÉ (AMBULATOIRE)..... **40 € / (48 € ESTHÉTIQUE)**
CHAMBRE PARTICULIÈRE (HOSPITALISATION) **100 € / jour**
JE NE SOUHAITE PAS D'ESPACE CONFORT / CHAMBRE

Nous vous rappelons que l'attribution des espaces confort privés et des chambres particulières s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée.

**MERCI DE JOINDRE A CE DOCUMENT
LA COPIE DE VOTRE PIÈCE D'IDENTITÉ
(Les permis de conduire ne sont pas acceptés)
LA COPIE RECTO/VERSO DE VOTRE CARTE DE MUTUELLE
(Hospitalisation uniquement)**

Les documents à joindre peuvent être envoyés par mail :
preadmission@polesantesaintjean.fr