

**A remettre au bureau des entrées le jour du rendez-vous  
avec l'anesthésiste**

25, Rue de Flesselles  
69001 Lyon  
Tél. : 04 72 10 26 94  
Fax: 04 78 30 04 13

Date d'entrée : .....  
Pour le Docteur : .....  
Nom du médecin traitant : .....

**HOSPITALISÉ(E)**

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ici : Non :  Oui :  en quelle année : .....

NOM : ..... PRENOM : .....  
*En majuscule* *En majuscule*

Nom de jeune fille : ..... Nationalité : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Situation de famille : célibataire  marié(e)  divorcé(e)  veuf (ve)  en couple

Téléphone : .....

Adresse : .....

**VOTRE ASSURANCE MALADIE**

**VEUILLEZ APPORTER VOTRE CARTE VITALE OU VOTRE ATTESTATION "VITALE"**

Nom et adresse de votre caisse de Sécurité Sociale : .....

Numéro d'immatriculation : ..... Clé : .....

*Si l'hospitalisé n'est pas l'assuré : - conjoint :  - enfant :  - concubin :  - autre :*

*Dans ce cas, remplir ci-dessous :*

Nom et prénom de l'assuré : .....

Date de naissance de l'assuré : ..... Lieu de naissance de l'assuré : .....

Adresse de l'assuré : .....

**VOTRE MUTUELLE ou VOTRE COMPLEMENTAIRE**

**VEUILLEZ DEMANDER UNE PRISE EN CHARGE A LA MUTUELLE**

Nom et adresse : .....

..... N° de contrat : .....

**EMPLOYEUR DE L'ASSURÉ(E)**

Nom : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

S'agit-il d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle : Non :  Oui :

Date de l'accident : ..... *Si oui, nous donner obligatoirement les papiers*

Bénéficiez-vous de l'article L115 pensionné de guerre : Non :  Oui :

Avez-vous besoin d'un arrêt de travail ou de prolongation : Non :  Oui :

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom : .....

Adresse de la personne : .....

Numéro de téléphone : ..... Lien de parenté : .....

### PRESTATIONS EN CHIRURGIE, MATERNITE OU AMBULATOIRE

Désirez-vous occuper une chambre particulière (1 lit): Oui:  Non :   
(voir tarifs dans livret d'accueil\*)

Souhaitez-vous (voir tarifs dans livret d'accueil\*) :

- Le téléphone : Non :  Oui :  - La WIFI : Non :  Oui :   
- La télévision : Non :  Oui :  - Casque TV (chambre à 2 lits) Non :  Oui :

### SI VOUS ETES HOSPITALISÉE EN MATERNITÉ

Date prévue d'accouchement : .....

A la sécurité sociale, le nouveau-né sera assuré sous le numéro : de la mère  du père

Nom et prénom du père du nouveau né: ..... né le : .....

### INFORMATIONS

**LE JOUR DE VOTRE ENTREE, n'oubliez pas d'apporter :**

- votre carte vitale ou votre attestation « vitale » en cours de validité
- votre prise en charge de mutuelle
- votre carte d'identité
- vos ordonnances
- vos médicaments en cours
- votre carte de groupe sanguin (deux déterminations sont nécessaires).

**CES DOCUMENTS SONT INDISPENSABLES POUR VOTRE DOSSIER.**

**i** Certains de nos praticiens demandent **des dépassements d'honoraires** qui ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. (*Renseignez-vous auprès d'eux*)

Je soussigné(e).....certifie avoir pris connaissance  
des éléments ci-dessus.

Date : .....

Signature :

\*Sous réserve de modification de tarifs