

# BULLETIN D'INSCRIPTION CHIRURGIE AMBULATOIRE

NOM : .....	NOM DE JEUNE FILLE : .....
PRÉNOM : .....	Date de Naissance : ...../...../.....
Médecin : Dr .....	Date d'entrée : ...../...../.....
Adresse du domicile : .....	
Tél : ...../...../...../...../.....	
Mail : .....@.....	
Sécurité Sociale - Nom : .....	
Adresse : .....	
N° de sécurité sociale : .....	
Médecin traitant - Nom : Dr .....	
Adresse : .....	
Pouvons-nous adresser votre compte-rendu d'hospitalisation à votre médecin traitant ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

## PRÉVOIR LES FRAIS SUIVANTS :

	HONORAIRES	REMBOURSEMENT
La clinique	Ticket modérateur selon acte Caution de 300 €	Eventuellement par votre mutuelle
Prestation accueil confort + Participation Assuré	55 € + 24 € soit 79€	Eventuellement par votre mutuelle
Votre médecin	A ETABLIR AVEC LE MEDECIN LORS DE LA CONSULTATION	Eventuellement par votre mutuelle
L'Anesthésiste		Eventuellement par votre mutuelle
Un chèque de caution de 40 euros vous sera demandé pour la remise de la télécommande pour la télévision		

Je soussigné(e) Madame, Monsieur .....

Déclare avoir, préalablement à mon admission :

- été informé(e) des conditions de remboursement des frais d'hospitalisation par les caisses d'assurance maladie
- eu connaissance du montant des suppléments pour le box ambulatoire, dépassements d'honoraires des médecins, etc....
- la clinique n'accepte pas les prises en charge des mutuelles

Je m'engage à régler directement à l'Etablissement, ces suppléments, voire l'intégralité des frais d'hospitalisation si je ne suis pas pris(e) en charge par un organisme de tiers payant. Une attestation de paiement me sera adressée à mon adresse domicile.

Je déclare être informé(e) de ce que, en cas d'appel à des praticiens ou auxiliaires médicaux non conventionnés ou des praticiens autorisés à des dépassements d'honoraires conventionnels, je pourrais supporter de ce fait, des suppléments d'honoraires.

Aucune réclamation concernant le règlement pour la clinique ne sera acceptée après la sortie. Veuillez vérifier les montants au moment du règlement.

LES RÈGLEMENTS SE FONT PAR CHÈQUE (1 chèque pour chaque intervenant), ESPÈCES ou CARTE BLEUE.

Date :

Signature :

## DESIGNATION DE LA (DES) PERSONNE(S) A PREVENIR

Je peux également désigner une ou plusieurs personnes que l'établissement pourra contacter en cas de nécessité.






- ♦ La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif.
- ♦ La personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales, *sauf si vous en décidez autrement.*

Nom : .....Prénom:.....

Adresse : .....

N° de portable : .....N° de téléphone : .....

## DOCUMENTS NECESSAIRES

-  **L'ATTESTATION DE CARTE VITALE** (validité de moins de 2 mois)
-  **L'ATTESTATION CMU** (si vous en êtes bénéficiaire)
-  **UNE PIECE D'IDENTITE** (Carte d'identité ou passeport)
-  **UN CHEQUE DE CAUTION DE 300€** : 2 A 3 SEMAINES APRES VOTRE SORTIE, VOUS RECEVREZ UN COURRIER VOUS INDIQUANT LE MONTANT EXACT A REGLER, POUVANT ALLER DE 18 A 300€ (le montant dépend du type d'intervention, du compte rendu du praticien et du contenu du dossier médical)
-  **CARTE DE GROUPE SANGUIN**

### A SAVOIR :

- Une liste des différents ministres du culte est à votre disposition à l'accueil en cas de besoin
- La clinique décline toute responsabilité en cas de vols, de pertes, de détériorations d'objets personnels qui n'auraient pas été remis au coffre au moment de l'admission

**NOUS ESPERONS QUE NOTRE ACCUEIL ET NOS COMPETENCES VOUS ASSURERONT UN  
SEJOUR TRES AGREABLE**

Date :

Signature :

Je soussignée, Madame, Monsieur :

**Certifie,**

1. Avoir été informé(e) des tarifs applicables ainsi que des conditions de remboursements des frais d'hospitalisation par les caisses d'assurance maladie (et ma mutuelle complémentaire),
2. Avoir pris connaissance du montant de 55 € pour le box et de 24 euros pour la participation assuré, soit un montant de 79 euros.
3. Avoir noté qu'un coffre individuel sera mis à ma disposition lors de mon hospitalisation mais que la clinique ne pourra en aucun cas être tenue responsable de la perte ou vol d'objet de valeur ou d'argent qui n'auront pas été déposé dans le coffre.
4. Avoir été informé(e) que la plupart des praticiens (*Chirurgien, Anesthésiste, et éventuellement Ostéopathe*), qui exercent au sein de la clinique sont autorisés par convention avec les caisses d'assurances maladie à pratiquer des dépassements d'honoraires que je devrais leur régler, par l'intermédiaire du secrétariat de la clinique, lors de ma sortie et pour lesquels une facture me sera remise afin de me faire rembourser par ma mutuelle selon les conditions particulières de mon contrat (les prises en charge des mutuelles pour les dépassements d'honoraires ne sont pas acceptées).

**Le montant de ces dépassements doit, conformément à la réglementation en vigueur, vous être communiqué, par écrit, par chacun des praticiens, préalablement à l'admission.**

5. La divulgation de présence
  - J'Autorise la divulgation de ma présence au sein de l'établissement pendant la durée de mon séjour
  - Je n'autorise pas la divulgation de ma présence au sein de l'établissement pendant la durée de mon séjour
6. Etre informé(e) qu'en cas d'hospitalisation, la chambre particulière de 220 € / jour me serait facturée.

Lu et approuvé

**Le :**

**Signature :**

**CLINIQUE SAINTE THÉRÈSE**  
9 rue Gustave Doré 75017 Paris  
☎ 01.44.01.00.50 ☎ 01.40.54.92.47

## CONSENTEMENT A LA CONSERVATION D'UN TITRE D'IDENTITÉ

Conformément au code de sécurité sociale article L. 162-21 alinéa 2, « Dans ces établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie ».

Conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé concernant l'identitovigilance : elle définit les règles à appliquer pour limiter les risques liés à l'identification différente d'un même usager dans son parcours de soins.

Il est essentiel, pour la qualité et la sécurité des soins, que vous soyez identifié de la même façon par tous les professionnels qui vous prennent en charge et partagent les informations médicales vous concernant.

### S'assurer de votre bonne identité tout au long du séjour pour votre sécurité

Autorisez-vous la clinique à **photocopier** votre titre d'identité pour le conserver dans votre dossier médical ?

**OUI**

**NON**

Autorisez-vous la clinique à **scanner** votre titre d'identité pour le conserver dans votre dossier patient informatisé ?

**OUI**

**NON**

**EN CAS DE REFUS, NOUS VOUS INFORMONS QUE VOUS AUGMENTEZ LES RISQUES LIÉS AUX POSSIBLES ERREURS D'IDENTIFICATION.**

**MERCI DE CONSERVER À NOTRE DISPOSITION VOTRE PIÈCE D'IDENTITÉ PENDANT LA DURÉE DE VOTRE SÉJOUR.**

Le responsable de traitement est le directeur de l'établissement.

Les destinataires de ces données sont le personnel administratif chargé de votre admission/sortie, le personnel administratif chargé de la facturation, les professionnels de santé chargés de votre prise en charge, des auditeurs internes salariés pour des audits de dossiers patients, et la direction chargée de la gestion des demandes d'accès aux dossiers patients.

La photocopie ou le scan de votre titre d'identité est archivé dans votre dossier médical conservé pour une durée de 20 ans, sauf cas particuliers prévus par l'article R.1112-7 du code de la santé publique.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition aux informations qui vous concernent. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au délégué à la protection des données par e-mail à l'adresse [dpo.groupe@almaviva-sante.com](mailto:dpo.groupe@almaviva-sante.com).

Vos données sont stockées avec des mesures de sécurité techniques et organisationnelles adaptées (personnels habilités et soumis à la confidentialité, locaux sécurisés, résilience et sauvegarde du système d'information).

Je soussignée .....

Fait, le ..... à

Signature :

## INFORMATIONS MEDICALES : la prise de médicaments

### **Pourquoi est-il dangereux de prendre des médicaments sans l'avis du médecin ou de l'équipe soignante ?**

Lorsque le médecin vous prescrit un médicament, il prend notamment en compte votre état de santé, votre poids, votre physiologie, notamment le fonctionnement de vos reins ou celui de votre cœur.

En effet, certains médicaments peuvent nécessiter des précautions d'emploi ou sont même contre-indiqués dans votre cas. De plus, le médecin veillera à ne pas associer des médicaments qui pourraient interagir, ce qui pourrait modifier leur efficacité ou même les rendre toxiques.

**Ainsi, l'utilisation de médicaments autres que ceux prescrits et délivrés par l'établissement est interdite.**

### **Comment pouvez-vous diminuer le risque d'effets indésirables liés à la prise de médicaments ?**

- ◆ Pensez à emporter avec vous vos ordonnances et/ou vos médicaments personnels et à les remettre à l'équipe soignante.
- ◆ Vous devez informer le médecin et l'équipe soignante de tous les médicaments que vous prenez habituellement ou épisodiquement qu'ils soient ou non sur ordonnance (y compris collyre, pommades ...)
- ◆ Vous ne devez pas prendre ou arrêter de médicaments sans avis médical, même s'ils sont vendus sans ordonnance
- ◆ Vous devez respecter scrupuleusement les instructions données par le médecin ou l'équipe soignante. En particulier, vous devez respecter les quantités prescrites, les heures de prise.
- ◆ N'hésitez pas à demander conseil ou toute information concernant votre traitement au médecin ou à l'équipe soignante.
- ◆ Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante de toute modification de votre état de santé ou si vous ressentez tout phénomène inhabituel.

## ENGAGEMENT DU PATIENT CONCERNANT SA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE AU COURS DE SON HOSPITALISATION

Je soussigné(e) :..... m'engage à ne pas prendre d'autres médicaments que ceux prescrits et délivrés par l'établissement et à remettre aux infirmières les ordonnances et /ou tous mes médicaments concernant mon traitement habituel.

Fait à :....., le .....

Signature du patient

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de l'article L111-6 du Code de la Santé Publique et de la loi du 22 avril 2005 (telle que modifiée en février 2016, janvier 2018), tout patient majeur peut désigner une personne de confiance.

### Quel est le rôle de la personne de confiance ?

- ♦ Accompagner la personne hospitalisée dans ses démarches et notamment l'assister, si cette dernière le souhaite, au cours des entretiens médicaux, pour l'aider dans ses décisions.
- ♦ Avoir un rôle consultatif dans le cas où la personne hospitalisée serait **hors d'état d'exprimer** sa volonté ou de recevoir les informations nécessaires. La personne de confiance rend compte de la volonté de la personne hospitalisée, l'ayant désigné. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Je, soussigné(e), .....

### ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à sa désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

### souhaite désigner comme personne de confiance :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse: .....

N° de portable: ..... N° de fixe: .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche  Un conjoint  Un parent  Mon médecin traitant

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à ..... Le .....

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :



**Directives anticipées :** Il est conseillé de remettre à votre personne de confiance une copie de vos directives anticipées, si vous les avez rédigées. Il s'agit de vos volontés exprimées par écrit sur les traitements que vous souhaitez recevoir ou non (en matière de fin de vie) dans le cas où vous ne seriez plus en mesure d'exprimer votre volonté. Ce document peut être rédigé sur papier libre et est modifiable et/ou révoquant à tout moment.