

BULLETIN D'INSCRIPTION IVG

NOM :	NOM de Jeune Fille :
PRÉNOM :	Date de Naissance :/...../.....
Médecin : Dr	Date d'entrée :/...../.....
Adresse du domicile :	
Tél :/...../...../...../.....	
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 :

LA CLINIQUE	Si vous êtes assuré	Les frais clinique sont pris en charge en totalité par la sécurité sociale
	Si vous n'êtes pas assuré social	233.24 €

	FRAIS (à régler à la sortie)	REMBOURSEMENT
VOTRE MEDECIN	92.62 €	En totalité par la sécurité sociale
L'ANESTHESISTE	77.18 €	En totalité par la sécurité sociale

Vous devez, le jour de l'admission, être muni :

- De votre attestation de sécurité sociale valide (datant de moins de 2 mois), la carte vitale ne suffit pas
- Du montant de l'intervention sous forme de différents chèques, en espèce ou en carte bleue.
- D'une pièce d'identité (Carte d'identité, passeport ou carte de séjour)

Faute de ces documents, vous devrez régler à l'avance, la totalité du montant de l'hospitalisation, soit 403.03 €
Si tel n'était pas le cas, la clinique se réserve le droit de reporter l'intervention.

AUCUNE ADMISSION NE SERA ACCEPTEE SANS CES REGLEMENTS

Je m'engage à régler directement à l'établissement, 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, prévoir 3 chèques), ESPÈCES ou CARTE BLEUE.

Date :

Signature :

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, 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 témoigne d'indications qui lui auraient été données par la personne malade, mais ne peut se substituer à elle, c'est à dire consentir ou refuser en ses lieux et place. La personne de confiance n'est pas non plus titulaire du droit d'être informée sur l'état de santé de la personne hospitalisée et ne dispose pas d'un droit d'accès à son dossier médical.

Je, soussigné,

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 MARITAL :Prénom :

NOM DE JEUNE FILLE :

Date et lieu de naissance:

Adresse:

N° de portable: N° de fixe:

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

- Un proche Un parent Mon médecin traitant

J'ai été informé 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 :

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.

Nom :Prénom:.....

Adresse :

N° de portable :N° de téléphone :

Directives anticipées : Vous avez la possibilité, si vous êtes majeur, d'établir des directives anticipées précisant les conditions que vous souhaitez voir appliquer à la fin de votre vie dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté. Ce document peut être rempli sur papier libre et peut être conservé dans votre dossier médical, confié à votre médecin traitant ou à votre personne de confiance.

BULLETIN D'INSCRIPTION IVG

Je soussignée, Madame :

Certifie,

1. Avoir été informée des tarifs applicables ainsi que des conditions de remboursements des frais d'hospitalisation par les caisses d'assurance maladie
2. 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.
3. Avoir été informée des tarifs applicables pour mise à disposition d'un lit et/ou de repas pour personne accompagnante pour lesquels une facture particulière me sera éventuellement remise à ma sortie.
4. 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

Lu et approuvé

Le :

Signature :

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

Métro : Wagram – Pereire / **Bus** 31- 94 / **RER C** : Pereire

ETIQUETTE PATIENT

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 (ou de ses représentants légaux) :