

Nom d'usage : Prénom :
 Nom de naissance :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Autre :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone fixe : Portable :
 Mail :
 -> acceptez-vous de recevoir le questionnaire de satisfaction E SATIS ? Oui Non

Numéro de sécurité sociale :

Caisse d'assurance maladie (CPAM, SNCF, Camieg, CNMSS, MSA, etc.) :

Assurance complémentaire (mutuelle) en cours de validité :

N° adhérent :

Médecin traitant (nom/ prénom) :

Ville :

Téléphone :

- **Souhait du patient ou de l'entourage** : Chambre particulière (avec supplément)
 (*Montant à régler tous les 15 jours en avance selon la prise en charge par la mutuelle*).
 Chambre double (à 2 lits) (sans supplément).
- **Gestion du linge** : Famille/proches Pressing de ville (tarifs en vigueur)
- **Options payantes** :
 - TV : Oui (4€/jour) Non
 - Branchement du téléphone (*forfait 5.5€ par séjour, communication en sus*) : Oui Non
 - Journaux / magazines (sur commande à l'accueil) : Oui Non

PERSONNES A PREVENIR Nom / Prénom	Lien de parenté	Ville de résidence	Téléphone	Mail de contact

- Autorisation de divulgation de présence à Primerose : Oui Non
- Je reconnais avoir été informé(e) de la présence d'un coffre gratuit pour la sécurisation de mes objets de valeurs et/ou moyens de paiement.**
- Argent liquide ou objets de valeur présents : Oui Non // Dépôt coffre accueil : Oui Non

Pour les patient(e)s venant du domicile : RDV médicaux programmés ? : Oui Non

Si oui, précisez date, nom du spécialiste, lieu de la consultation, mode de transport.

-

-

Date:

Signature :

