GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE

ETIQUETTE DU PATIENT

Cette fiche est à remettre, avant votre hospitalisation au service des admissions. Vous pouvez également effectuer votre préadmission en ligne : monadmission.fr

Hôpital Saint Philibert
Service des Admissions
Rue du Grand But – BP 249
59462 LOMME Cedex
Tél. : 03.20.22.50.27
Fax. : 03.20.00.56.73
Mail : **admissions.sp@ghicl.net**

Hôpital Saint Vincent
Service des Admissions
Bd de Belfort – BP 387
59020 LILLE Cedex
Tél. : 03.20.87.48.50
Fax. : 03 20 87 48 34
Mail : **admissions.sv@ghicl.net**

RENSEIGNEMENTS ADMISSION

☐ HOSPITALISATION ☐ AMBULATOIRE

Cadre réservé au personnel hospitalier

Date et heure d'entrée :

Le ……..**à** ……..……

Nom du médecin intervenant :

……

Service : ……..

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance : ……
Nom : ……
Prénom : …….…… Date de naissance : …….
Adresse : ……
……..
Téléphone : …./…./…./…./…. Email : ……
Nom et adresse du médecin traitant : …….....
…..……
Patient sous tutelle : ☐ OUI ☐ NON
Personne à prévenir ou tuteur : (nom, prénom, adresse, téléphone, lien de parenté)
……..
……..

Photocopies des documents à joindre en recto-verso :

- **La carte vitale**
- **Carte de mutuelle ou attestation de CMU complémentaire**
- **Pièce d'identité (carte d'identité, passeport, titre de séjour)**

RECUEIL DE CONSENTEMENT - CHAMBRE INDIVIDUELLE

☐ **Je souhaite bénéficier d'une chambre individuelle (selon disponibilité ou je suis déjà en chambre individuelle) :**

☐ **En Ambulatoire : 50.00 euros**

☐ **En Maternité** : ☐ Chambre confort : **60.00 € / jour**
☐ Chambre confort + : **80.00 € / jour**

☐ **En Médecine, Chirurgie** : **60.00 € / jour**

☐ **Je souhaite bénéficier d'une chambre commune (selon disponibilité) :**

Je confirme être informé du tarif de la chambre individuelle et il m'appartient de m'assurer auprès de ma mutuelle que mon contrat prévoit la couverture des frais de la chambre individuelle.
Je m'engage à régler la totalité ou le solde des frais en cas de non prise en charge de la mutuelle des frais relatifs à la chambre individuelle.

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

(Identité et lien de parenté si le signataire n'est pas l'assuré)

Conformément au règlement européen général sur la protection des données, le « RGPD » et à la « loi informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, sur vos données. Vous disposez également du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à contact.dpo@ghicl.net . Vous avez enfin la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. Notre Politique de Protection des données est consultable à tout moment sur https://www.ghicl.fr/politique-protection-donnees-personnelles.html .