

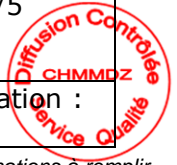


DOSSIER DE PREADMISSION

Réf : FE/BE/629
Indice : A
Page 1/5

Mots clés : dossier, préadmission

Date d'application :
15/05/2020



Informations à remplir

Patient

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Hospitalisation

Jour :

Heure :

UF.....Service :

Le dossier de préadmission doit être retourné, le plus rapidement possible, dûment complété, 2 jours ouvrables (du lundi au vendredi) avant le jour de la venue, à l'adresse suivante : preadmission@ch-douarnenez.fr

Ou dans la boîte aux lettres : « DEPOT de Dossiers de PREADMISSION » située au rez-de-chaussée du Centre Hospitalier de Douarnenez (derrière le standard).

PIECES A PHOTOCOPIER

(ou à SCANNER en Recto/Verso pour un envoi dématérialisé)

- **Votre pièce d'identité** avec photo (carte nationale d'identité, carte de résidence ou passeport)
- Votre **carte vitale à jour**, une attestation d'assurance maladie en cours de validité ou une attestation d'aide médicale de l'état (AME)
- Votre **carte de mutuelle** ou autre organisme d'assurance complémentaire santé en cours de validité ou attestation de CMU complémentaire ou de la Complémentaire Santé Solidaire
- Un **justificatif de domicile de moins de trois mois** (Facture d'électricité, d'eau, de gaz, de téléphone, d'accès internet, ou un avis d'imposition ou de non-imposition, une quittance de loyer, une attestation d'assurance habitation ou un relevé de la caisse d'assurance familiale)

Ces justificatifs nous permettent de sécuriser le dispositif d'identitovigilance tout au long du parcours de soins et d'éviter toute erreur ou homonymie.

Lors d'une hospitalisation un bracelet atteste de votre identité à chaque étape de votre prise en charge et un questionnement oral régulier permet de vérifier votre identité et de répondre à vos interrogations.

Sans ces 4 pièces administratives dans les délais, nous ne pourrons pas procéder à votre préadmission.

Selon votre situation, les documents suivants peuvent également être nécessaires :

- Pour les bénéficiaires de l'Article 115 du Code des pensions militaires (Anciens Combattants avec pension militaire d'invalidité) : le carnet de soins gratuits délivré par la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale
- Pour les personnes en Accident du Travail : feuille d'accident de travail délivrée par l'employeur
- Pour les ressortissants de la CEE : la carte européenne (ou formulaire E111), le formulaire E112 pour les soins programmés.

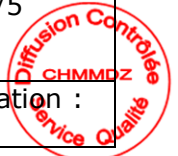
L'équipe du bureau des entrées se tient à votre disposition à l'entrée de l'établissement, du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 17 h 30, pour vos formalités d'admission.

Centre Hospitalier Michel-Mazéas
83 rue Laennec / BP 20021 /29177 DOUARNENEZ CEDEX
N° Tél. : 02.98.75.15.00
Fax des Préadmissions : 02.98.75.16.86
Mail : preadmission@ch-douarnenez.fr



DOSSIER DE PREADMISSION

Réf : FE/BE/629
Indice : A
Page 2/5



Mots clés : dossier, préadmission

Date d'application :
15/05/2020

Informations à remplir par le patient

INFORMATIONS PATIENT

NOM de naissance :

NOM d'usage :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Situation de famille :

Célibataire

Marié(e)

Séparé(e)

Pacsé(e)

Vie maritale

Divorcé(e)

Adresse :

Code postal : **Commune** :

Tel (mobile) :/...../...../...../.....

Tel (fixe) :/...../...../...../.....

Mail :

MEDECIN TRAITANT

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

MEDECIN PRESCRIPTEUR

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

PERSONNES A PREVENIR

Lien de parenté :

NOM et Prénom :

Adresse :

Code postal : **Commune** :

Tel (mobile) :/...../...../...../.....

Tel (fixe) :/...../...../...../.....

Lien de parenté :

NOM et Prénom :

Adresse :

Code postal : **Commune** :

Tel (mobile) :/...../...../...../.....

Tel (fixe) :/...../...../...../.....

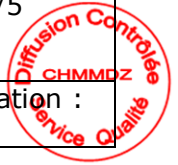


DOSSIER DE PREADMISSION

Réf : FE/BE/629
Indice : A
Page 3/5

Mots clés : dossier, préadmission

Date d'application :
15/05/2020



Informations à remplir par le patient

PERSONNE DE CONFIANCE

(art L1111-6 du C.S.P)

Si vous le souhaitez, vous pouvez désigner une personne de votre entourage en qui vous avez toute confiance pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre.

Cette personne, que l'hôpital considérera comme votre **personne de confiance** pourra, si vous en faites la demande assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

Si votre état de santé ne vous permettait pas de vous exprimer elle serait consultée par l'équipe hospitalière afin qu'elle leur donne des indications sur votre façon de voir les choses.

Si vous choisissez une personne de confiance, la désignation est à faire par écrit auprès des personnels du service d'hospitalisation lors de votre arrivée.

Par ailleurs, il vous est également possible de rédiger des directives anticipées.

- Je souhaite désigner une personne de confiance
- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

FRAIS DE SEJOUR, FORFAIT JOURNALIER ET PRESTATIONS D'ETABLISSEMENT

Les modalités de prise en charge peuvent varier en fonction de votre couverture maladie ou des conditions de votre contrat d'assurance. L'hôpital se réserve le droit de demander le versement d'une provision en cas de non prise en charge totale des frais d'hospitalisation. Pour toute hospitalisation de plus de 24 heures, le forfait journalier est dû, du premier au dernier jour du séjour. Il représente une contribution forfaitaire du patient aux frais occasionnés par son séjour.

Les Prestations « téléphone » et « télévision » sont à la charge du patient. *(Renseignements à prendre au standard)*

DEPOT DE BIENS ET DE VALEURS

En cas d'hospitalisation, nous vous conseillons d'éviter d'apporter des sommes d'argent, des bijoux et autres objets de valeur pendant votre séjour.

Si vous conservez des valeurs dans votre chambre, sachez que le CHMMDZ ne peut être tenu pour responsable des pertes, vols ou détériorations des objets que vous avez conservés sous votre responsabilité.

PROTHESES DENTAIRES, AUDITIVES ET LUNETTES

Veillez à ranger soigneusement vos prothèses dentaires auditives et lunettes dans une boîte nominative ne portant pas à confusion pour le personnel du service.

Je, soussigné(e),, déclare avoir pris connaissance des différents éléments mentionnés ci-dessus.

Fait à Douarnenez, le.....

Signature du patient

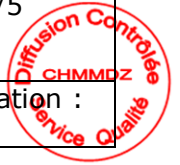
3

DOSSIER DE PREADMISSION

Réf : FE/BE/629
Indice : A
Page 4/5

Mots clés : dossier, préadmission

Date d'application :
15/05/2020



Informations à remplir par le bureau des admissions

CHECK-LIST DE VERIFICATION POUR LE BUREAU DES ADMISSIONS

- Copie Carte identité
- Lecture Carte Vitale
- Copie Carte mutuelle
- Copie du justificatif de domicile de moins de trois mois

- Vérification identité patient
 - NOM – Prénom – Date de naissance
 - Adresse – téléphone
 - Adresse Mail

- Saisie PASTEL Personne à prévenir
- Saisie PASTEL Personne de confiance

- Correspondants médicaux
- Protocole de soins ALD : OUI – NON
- Bénéficiaire de l'Article 115 : OUI – NON
- Patient en Accident de Travail : OUI – NON
- Carte européenne : OUI – NON

- Formulaire chambre seule signé
- Dossier de préadmission signé

- Édition des étiquettes** (à transmettre au service)

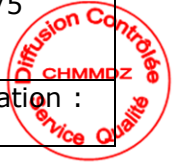


DOSSIER DE PREADMISSION

Réf : FE/BE/629
Indice : A
Page 5/5

Mots clés : dossier, préadmission

Date d'application :
15/05/2020



Informations à remplir par le patient

Patient

NOM :
Prénom :
Date de Naissance :

Hospitalisation

Jour :
Heure :
UF : Service :

CHAMBRE PARTICULIERE

Vous êtes hospitalisé(e) dans un service du Centre Hospitalier Michel-Mazéas de Douarnenez.

Afin de vous procurer le meilleur confort, et sans demande de votre part, vous êtes accueilli(e) dans une chambre individuelle.

Ce régime particulier d'hospitalisation est tarifé à **40 euros par jour (20 euros en hospitalisation de jour)**.

Compte tenu des nombreux accords de tiers payants conclus entre l'établissement et les mutuelles, aucun supplément ne vous sera demandé. Le Centre hospitalier se mettra en relation directe avec votre mutuelle.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter les éléments suivants afin de faciliter les échanges.

Je, soussigné(e), certifie avoir été informé(e) que ma prise en charge au Centre hospitalier Michel Mazéas de Douarnenez pouvait donner lieu à la facturation d'une chambre individuelle à mon organisme complémentaire.

Selon les nécessités du service, je suis susceptible d'être accueilli(e) en chambre double en cours de séjour.

Fait à, le
Signature du patient

Document à remettre au Bureau des entrées