Diffusion Contrôlée CHMMDZ Service Qualité

Informations à remplir

Patient	**Hospitalisation**
NOM :	**Jour :** ....
Prénom :	**Heure :** ....
Date de Naissance :	**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

Informations à remplir par le patient

INFORMATIONS PATIENT

NOM de naissance : .....
NOM utilisé : .....
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) : ……/……/…… /……/……

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 boite 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

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 de Chambre Individuelle *(copie à donner impérativement à l'accueil Happytal)*
- ❒ Dossier de préadmission signé

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

FORMULAIRE DE CHAMBRE INDIVIDUELLE

LA CHAMBRE INDIVIDUELLE

Vous avez la possibilité d'être en **chambre individuelle** pour plus de **confort** et d'**intimité** lors de votre séjour à l'hôpital et bénéficier d'un panel de **services**.
En faisant votre demande* ou consentement de placement en chambre individuelle, vous bénéficiez de **prestations offertes** chez notre partenaire **happytal** allant de **15€ à 90€** :

Type d'hospitalisation	Tarifs	Prestations offertes
Hospitalisation médecine	**40€** / nuitée	**Pas de prestation**
	45€ / nuitée	**15€** / séjour
	60€ / nuitée	**30€** / séjour
Hospitalisation SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)	**35€** / nuitée	**Pas de prestation**
	45€ / nuitée	**45€** / séjour
	60€ / nuitée	**90€** / séjour

***L'attribution de la chambre individuelle sera faite en fonction de la disponibilité** par le service de soin le jour de votre hospitalisation. Les prestations sont offertes sous réserve d'attribution d'une chambre individuelle.

COMMENT FAIRE LA DEMANDE DE CHAMBRE INDIVIDUELLE & BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS ?

1. Prenez contact avec votre **mutuelle** pour connaitre le montant et la durée de votre prise en charge en chambre individuelle.
2. Complétez le verso et transmettez ce document au **comptoir happytal** dans le hall ou en pièce jointe d'un email adressé à **ch-douarnenez@happytal.com**.
3. Le lendemain de votre arrivée en chambre individuelle, le **code** de votre **Carte Services** vous sera envoyé par **SMS**. Vous pouvez aussi demander votre code Carte Services au comptoir happytal.
4. Utilisez votre **code Carte Services** pour bénéficier des prestations happytal : ce code n'est **valable que durant votre séjour**. Cependant, vous pouvez l'utiliser pour des prestations pendant votre séjour ou pour votre retour à domicile.

VOUS ÊTES DÉJÀ EN CHAMBRE INDIVIDUELLE ?

1. Une fois votre demande enregistrée, le **code** de votre **Carte Services** vous sera envoyé par **SMS**. Vous pouvez aussi demander votre code Carte Services au comptoir happytal.
2. Utilisez votre **code Carte Services** pour bénéficier des prestations happytal : ce code n'est **valable que durant votre séjour**. Cependant, vous pouvez l'utiliser pour des prestations pendant votre séjour ou pour votre retour à domicile.

COMMENT COMMANDER OU CONTACTER HAPPYTAL ?

happytal vous propose plus de **30 services** pour faciliter et agrémenter votre séjour à l'hôpital.
Pour nous contacter : **www.happytal.com** - **02.22.94.10.11** - au comptoir, du **lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h.**

Diffusion Contrôlée CHMMDZ Service Qualité

FORMULAIRE DE CHAMBRE INDIVIDUELLE

Informations à remplir par le patient en cas de demande de Chambre individuelle

[Réservé à l'administration : N° IPP : ..... N° IEP : .....

Prénom* : .....Nom de naissance* : .....

Date de naissance* : ...../...../..... Sexe* : F / M

Service d'hospitalisation* : .....

Date d'entrée ou date d'accouchement prévue* : ...../...../.....

Emplacement pour l'étiquette (facultatif)

N° sécurité sociale : .....

Nom de la complémentaire santé / Mutuelle* : ..... N° de contrat : .....

Atteste demander[1] le placement en chambre individuelle ou y consentir[2].

Je confirme être informé(e) du tarif de la chambre individuelle (cochez ci-dessous).

Type d'hospitalisation	Tarifs	
Hospitalisation SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)	**35€** / nuitée	☐
	45€ / nuitée	☐
	60€ / nuitée	☐

Type d'hospitalisation	Tarifs	
Hospitalisation médecine	**40€** / nuitée	☐
	45€ / nuitée	☐
	60€ / nuitée	☐

Montant de la prise en charge : .....€ Durée de la prise en charge : .....

[1] la chambre individuelle sera attribuée sous réserve de disponibilité. Conformément à l'article L. 221-28 12° du Code de la consommation, aucune rétractation ne sera possible à compter de l'attribution de la chambre individuelle.
[2] je suis déjà en chambre individuelle.

Merci de renseigner au moins une des rubriques suivantes* :

Email patient : ..... Tél. portable patient : .....

Email représentant : ..... Tél. portable représentant : .....

Pour bénéficier des services associés à la Chambre Individuelle fournis par happytal :

☐ Je consens à ce que happytal traite les informations personnelles suivantes relatives à mon hospitalisation qui lui seront communiquées par l'établissement : Service d'hospitalisation, Numéro de séjour, Numéro de lit, Nom, Prénom, Date de naissance, Adresse email du patient, Numéro de téléphone portable du patient, Numéro de téléphone du représentant, Email du représentant, Complémentaire santé, Montant de prise en charge de votre complémentaire santé au titre du régime particulier.

Ces informations personnelles sont nécessaires pour permettre à happytal de vous fournir ces services. Seuls happytal et les personnes chargées de délivrer les services en chambre ont accès à ces informations et elles ne sont conservées par happytal que pour la durée nécessaire à la fourniture des services liés à votre hospitalisation.
Conformément au Règlement européen général sur la protection des données et à la « Loi Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation de traitement. Vous disposez également du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à happytal à : contact@happytal.com. 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 www.happytal.com ou au comptoir de services happytal.
Les Cartes Services sont non remboursables, réservées aux patients ayant souscrit à une Chambre Individuelle et limitées à l'offre de services happytal, dans la limite de disponibilité des services et produits. L'établissement et happytal se réservent le droit de refuser l'accès à un service ou produit en cas de contre-indication médicale. Les conditions générales et conditions d'annulation sont consultables au comptoir happytal et sur www.happytal.com. Toute commande supposera lecture et acceptation de celles-ci.

Date* : ...../...../.....

SIGNATURE* : PATIENT OU **REPRÉSENTANT**

Lu et approuvé

Nom - Prénom : .....

En qualité de : .....

Lu et approuvé

☐ Je ne souhaite pas qu'happytal me propose d'autres produits ou services pour faciliter mon hospitalisation et mon retour à domicile.

*données obligatoires