MAISON DE SANTÉ
MARIE GALÈNE
Association des Dames du Calvaire

RECUEIL D'INFORMATIONS

(Service SSR)

A compléter, signer et à retourner à l'ACCUEIL

Nom : .....
Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ... / ... / ... / ... / ... Portable : ... / ... / ... / ... / ...
Adresse mail(*) : .....
Date de naissance : ... / ... / ... Sexe : ☐ F ☐ M Nationalité : .....
Situation de famille : ☐ célibataire ☐ marié(e)/pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ divorcé(e)

Caisse d'assurance maladie : .....
Adresse : .....
N° d'assuré social : ... / ... / ... / ... / ... / ... / ...
Bénéficiaire : ☐ assuré(e) ☐ conjoint(e) ☐ autre
Mutuelle : .....
N°adhérent : .....

Nom du médecin traitant : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ... / ... / ... / ... / ...

Nom de la personne à prévenir : .....
Lien de parenté : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ... / ... / ... / ... / ... Portable : ... / ... / ... / ... / ...

Nom de la personne à prévenir : ☐ Curatelle ☐ Tutelle
Si oui, nom du tuteur ou du curateur : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ... / ... / ... / ... / ... Portable : ... / ... / ... / ... / ...

Dossier Médical Personnel (DMP) : Avez-vous un DMP ? ☐ oui ☐ non
Souhaitez-vous la création de votre DMP ? ☐ oui ☐ non
Si oui, comment souhaitez-vous recevoir votre code d'accès WEB ? ☐ par SMS ou ☐ par mail
Autorisez-vous la consultation et l'alimentation de votre DMP ? ☐ oui ☐ non

(*) Cette adresse mail ne sera pas communiquée à des tiers sauf pour la mesure de la satisfaction des patients hospitalisés intitulée « e-satis » et la communication de votre code d'accès au dossier médical personnel.

TOURNEZ SVP

MAISON DE SANTÉ
MARIE GALÈNE
Association des Dames du Calvaire

ENGAGEMENT FRAIS DE SEJOUR

Je soussigné(e) : .....
Hospitalisé(e) le : .....
Ou
M. ou/et Mme : .....
Agissant en qualité : ..... de M. : .....

Déclare : (cocher les cases suivantes pour accord)

☐ Être informé(e) que la durée moyenne d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation est de 28 jours. Celle-ci peut varier en fonction du projet de sortie validé par le médecin ou de l'évolution de la pathologie.

☐ Avoir reçu le livret d'accueil de l'Etablissement.

☐ Avoir reçu le règlement intérieur du patient.

☐ Être informé(e), conformément à l'Art R.1113-1 du Code de la Santé Publique :
- de la possibilité de déposer des choses mobilières dans un coffre fort ;
- des règles et responsabilités relatives aux biens détenus en Établissement de Santé selon s'ils ont ou non été déposés.

☐ Être informé(e) des dispositions et conditions tarifaires en vigueur et m'engage à régler les sommes non prises en charge par ma mutuelle (voir document « Informations tarifaires ») :

☐ Forfait journalier : **20 euros par jour**
☐ Chambre particulière **:** **49 euros par jour**

En l'absence de prise en charge par ma mutuelle (cocher votre choix) :

☐ Je m'engage à régler directement les frais restant à ma charge
☐ Je demande le changement de chambre particulière en chambre double

Reconnais avoir déposé :

☐ Une caution* de séjour de 500€ en ☐CB ☐ espèces ☐ chq n°.....
(*se référer au règlement interieur)

Date :	Signature (obligatoire) :