Groupe Hospitalier Saint Vincent
Clinique Sainte Anne

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Questionnaire à compléter et à transmettre à l'adresse suivante : inscription.mat@ghsv.org

Date d'accouchement prévue : _____

Nom du Médecin Accoucheur : _____

PATIENT

Fournir une copie R/V de la pièce d'identité

NOM, Prénom : _____ Né.e le : _____ à : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Profession : _____

SITUATION FAMILIALE : ☐ Célibataire ☐ Marié.e ☐ Union Libre ☐ Divorcé.e ☐ PACS ☐ Veuf.euve

SITUATION JURIDIQUE : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autres

PERSONNE A PREVENIR

Lien avec le patient : _____

NOM, Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

MEDECIN TRAITANT : _____

Adresse : _____

☐ SECURITE SOCIALE FRANCAISE ☐ CARTE EUROPEENNE D'ASSURANCE MALADIE ☐ CAISSE PRIVEE

NOM et ADRESSE DE LA CAISSE : _____

Si différent du patient ASSURE.E NOM, PRENOM : _____

N° IMMATRICULATION : | | | | | | | | | | | | | CLE : | | |

MUTUELLE OU ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

Fournir une copie R/V de la carte de tiers payant

NOM et ADRESSE DE L'ORGANISME : _____

N° ADHERENT : _____

Si différent du patient ASSURE.E NOM, PRENOM : _____

J'opte pour une

☐ Chambre individuelle au tarif de 100 € par jour
(Je m'engage à payer les frais de la chambre individuelle. déduction faite de la participation de ma mutuelle ou organisme complémentaire)

☐ Chambre en régime commun

Strasbourg, le Signature