

Questionnaire à compléter et à transmettre **avant votre rendez-vous** à l'adresse suivante :

inscription.mat@ghsv.org

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MATERNITE

Date d'accouchement prévue : _____

Nom du Médecin Accoucheur : _____

NOM, PRÉNOM : _____ NOM DE NAISSANCE : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Union Libre PACSEE Mariée Divorcée

SITUATION DE HANDICAP : NON OUI

TELEPHONE DU PATIENT : _____

ADRESSE MAIL : _____

PROFESSION : _____

ADRESSE : _____

MEDECIN TRAITANT et ADRESSE : _____

PERSONNE A PREVENIR :

Lien de parenté : _____

NOM, Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

ASSUREE :

NOM, PRENOM : _____

N° IMMATRICULATION :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 CLE :

--	--	--

NOM et ADRESSE DE LA CAISSE : _____

MUTUELLE OU ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

NOM, PRENOM : _____

N° ADHERENT : _____

NOM et ADRESSE DE L'ORGANISME : _____

J'opte pour une Chambre individuelle au **tarif de 95 €** 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

Le

Signature