

Votre préadmission doit être effectuée dès que possible après la confirmation de votre séjour au sein de l'établissement. Nous vous conseillons de la faire à la suite de votre consultation d'anesthésie.

C'est une étape importante qui permet de choisir les conditions de votre séjour et qui facilite les formalités d'admission.

Votre dossier de préadmission doit comporter les éléments suivants :

- Fiche pré admission
- Pièce d'identité recto/verso
- Carte de mutuelle et prise en charge
- Livret de famille pour les mineurs
- Feuille d'accident de travail ou maladie professionnelle le cas échéant
- Photocopie du jugement : si tutelle ou autorité parentale exclusive

Vous pouvez déposer votre dossier complet :

- 1- Soit via le site internet : www.polycliniquelyonnord.vivalto-sante.com
- 2- Soit à l'accueil, 7j/7 de 9h à 17h30

Nous vous rappelons que l'estimation des frais restant à votre charge (prestations hôtelières, dépassement d'honoraires) vous sera demandée sous forme d'empreinte bancaire lors de votre pré admission ou lors de votre entrée.

Médecin responsable de l'hospitalisation : _____	
Entrée prévue le _____	Heure : _____
<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION	<input type="checkbox"/> AMBULATOIRE
Avez-vous déjà été hospitalisé à la Polyclinique Lyon Nord : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

BENEFICIAIRE DES SOINS : (informations issues de votre carte nationale d'identité ou passeport)

NOM: _____ Prénom : _____
 NOM de naissance : _____ Sexe : Féminin Masculin
 Né(e) le : ____/____/____ A _____ PAYS _____
 Adresse : _____
 CP : _____ VILLE : _____
 Téléphone : _____ Mail : _____
 Nom et adresse de votre caisse d'assurance maladie _____
 Numéro de sécurité sociale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
 Nom et adresse mutuelle _____
 Bénéficiez-vous des aides suivantes : CMU ACS AME
 Nom et adresse de votre médecin traitant : _____

ASSURE (si différent du bénéficiaire des soins) :

Lien de parenté avec le bénéficiaire des soins : _____
 NOM: _____ Prénom : _____
 NOM de naissance : _____ Sexe : Féminin Masculin
 Né(e) le : ____/____/____ A _____ PAYS _____
 Adresse : _____
 CP : _____ VILLE : _____
 Téléphone : _____ Mail : _____
 Nom et adresse de votre caisse d'assurance maladie _____
 Numéro de sécurité sociale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____