

	FICHE DE RENSEIGNEMENTS	VIG/IDENTITO/SUPP 022 Version 3 : 30/11/2021	20/12/2018
			Page 1 sur 1

Afin d'assurer au mieux votre prise en charge sur l'Hôpital Lozère, veuillez compléter et signer ce document et nous le remettre rapidement.

EXAMEN

HOSPITALISATION

CONSULTATION

DATE DE L'EXAMEN : HEURE

SERVICE :

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

IDENTITE

NOM MARITAL :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

SEXE : Féminin Masculin

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire Pacsé Marié Divorcé Veuf

ADRESSE :

CP et VILLE :

TELEPHONE : MAIL :

N° DE SECURITE SOCIALE :CAISSE :

MEDECIN TRAITANT :

SI PATIENT MINEUR

IDENTITE DE L'ASSURE :

LIEN DE PARENTE :

ADRESSE :

TELEPHONE : MAIL :

SI PATIENT PROTEGE

IDENTITE DU TUTEUR :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

ADRESSE :

TELEPHONE : MAIL :

PIECES A FOURNIR SOIT PAR MAIL : be@ch-mende.fr SOIT PAR FAX 04.66.49.88.02 SOIT PAR COURRIER : HOPITAL LOZERE - Bureau des entrées - Avenue du 8 mai 1945 - 48000 MENDE

- Copie Pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou titre de séjour ou livret de famille ou extrait de naissance)
- Copie de l'attestation de droit de sécurité sociale et non la copie de la carte vitale
- Copie de la carte mutuelle de l'année en cours

Daté et signé