

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

- CONSULTATION EXTERNE ET/OU HOSPITALISATOIN -

vous allez être hospitalisé ou venir en consultation programmée à l'Hopital Lozère, VEUILLEZ COMPLETER OBLIGATOIREMENT ET NOUS RETOURNER RAPIDEMENT CE DOCUMENT

DATE DE L'EXAMEN : _____ Horaire de l'examen : _____ SERVICE : _____

venir impérativement 1/2 heure avant

NOM MARITAL DU PATIENT : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

PRENOM(S) : _____

SITUATION DE FAMILLE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE DOMICILE : _____ TELEPHONE PORTABLE : _____

ADRESSE MAIL : _____

N° DE SECURITE SOCIALE : _____ CAISSE : _____

MEDECIN TRAITANT : _____ MEDECIN PRESCRIPTEUR : _____

SI PATIENT MINEUR OU PROTEGE: IDENTITE DU PARENT QUI ASSURE OU TUTEUR OU PERSONNE EN RELATION

LIEN DE PARENTE : _____

TUTEUR : OUI NON si oui mesure de protection juridique _____

NOM MARITAL OU ORGANISME DE TUTELLE : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE DOMICILE : _____ TELEPHONE PORTABLE : _____

ADRESSE MAIL : _____

PIECES A FOURNIR PAR RETOUR DE COURRIER au bureau des entrées

soit par mail be@ch-mende.fr soit par fax au 04.66.49.88.02 soit par courrier

Hôpital Lozère - Bureau des entrées - avenue du 8 mai 1945 - BP 10 - 48001 MENDE CEDEX

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