



DEMANDE D'ADMISSION

OFFRES HÔTELIÈRES

VOTRE SÉJOUR À LA CARTE

Cochez la case correspondante à votre choix de chambre :

HOSPITALISATION COMPLÈTE

CHAMBRE PARTICULIÈRE - 98€/journée d'hospitalisation*

- Chambre privative
- Wi-Fi en illimité
- Accompagnant enfant / Supplément lit couchette : 35€

SINGLE

**CALME ET
TRANQUILITÉ**

OFFRE OPALE - 140€/journée d'hospitalisation*

- Chambre privative
- Wi-Fi et Télévision en illimité
- Mise à disposition de serviettes de toilette, draps de bain et un nécessaire de toilette
- Un journal quotidien au choix chaque jour
- Petit-déjeuner continental**

OPALE

**LA TRANQUILITÉ
ASSOCIÉE À
DE PETITS PLAISIRS**

CHAMBRE ÉMERAUDE - 220€/journée d'hospitalisation*

- Chambre privative entièrement réaménagée
- Mobilier contemporain, coin salon
- Salle de bains douche à l'italienne
- Téléviseur grand écran (Canal+ / Canalsat), Wi-Fi, forfait téléphone inclus (50€)
- Des équipements de confort : réfrigérateur, mini bar, cafetière Nespresso, sèche-cheveux
- Trousse de toilette en daim produit Lanvin
- Mise à disposition de serviettes de toilettes, draps de bains et peignoir
- Un journal quotidien au choix chaque jour et un magazine par semaine
- Petit-déjeuner continental et repas Plaisir à la carte**

ÉMERAUDE

**MODERNITÉ
CONFORT ET
SÉRÉNITÉ**

CHAMBRE DOUBLE (sans supplément)

AMBULATOIRE

CHAMBRE PARTICULIÈRE - 50€/jour

CHAMBRE DOUBLE (sans supplément)

Le temps passé dans une chambre en chirurgie ambulatoire peut être variable. Renseignez-vous auprès de votre médecin. Il correspond surtout au retour de bloc ou d'examen. Vous serez ensuite conduit au salon de pré-sortie où vous aurez la possibilité de prendre une collation.

Le choix de chambre sera pris en compte sous réserve de disponibilité.

La plupart des mutuelles prennent en charge les chambres particulières. Renseignez-vous !

Je confirme mon choix de séjour

Signature Patient

Le/...../.....

* Facturation pour chaque journée commencée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie (Article R162-27 Code de la sécurité Sociale).

** Sauf contre-indication médicale - Tarifs mis à jour le 01/07/2021



DEMANDE D'ADMISSION

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE SECRÉTARIAT MÉDICAL

Date d'entrée prévue :/...../..... àh.....

Docteur :

Hospitalisation complète Ambulatoire HTP Soins Externes Chimiothérapie

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PATIENT (MERCİ D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES)

VOTRE IDENTITÉ

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance : Sexe : M F

Date de naissance :/...../..... Lieu (naissance) : CP (naissance) :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

E.mail :

Ne pas divulguer ma présence au sein de votre établissement

VOTRE PROTECTION SOCIALE : SÉCURITÉ SOCIALE ET MUTUELLE

N° d'immatriculation de l'assuré : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CMU : Oui Non

Nom de votre mutuelle :

S'il s'agit d'un accident du travail, veuillez préciser la date :/...../..... (joindre la copie de la feuille d'AT)

ENGAGEMENT À PAYER

Je m'engage à régler les frais de séjour, les honoraires médicaux restants à ma charge et les frais éventuels de prestations hôtelières choisies: chambre Particulière, Opale, Emeraude, téléphone, télévision, Wi-Fi...

ARGENT - OBJET DE VALEUR

Je m'engage à n'apporter aucun objet précieux m'appartenant. La clinique décline toute responsabilité en cas de détérioration ou disparition.

DROIT À L'INFORMATION

Je reconnais avoir été informé(e) des modalités d'exercice du droit d'accès à mon dossier médical ou à celui du malade que je représente.

J'autorise l'utilisation de mon adresse mail et numéro de téléphone portable dans le cas de ma prise en charge soignante et administrative.

Je suis informé(e) du traitement informatique de mes données personnelles.

Le/...../.....

Signature obligatoire



DEMANDE D'ADMISSION

DROITS ET INFORMATIONS

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom : Prénom : Date de naissance :

PERSONNE À PRÉVENIR SI DIFFÉRENTE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE (OBLIGATOIRE)

Merci de nous indiquer la personne à prévenir :

Mr/Mme : Nom : Prénom : Téléphone :

Lien de parenté :

PERSONNE DE CONFIANCE

Selon la loi du 4 mars 2002, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

M/Mme : Nom : Prénom : Téléphone :

Lien de parenté :

Date et signature obligatoires

Signature Patient

Le/...../.....

Signature Personne de Confiance

Le/...../.....

MINEUR ET PATIENT SOUS TUTELLE : AUTORISATION D'OPÉRER

Pour les patients mineurs :

Ce document doit être **obligatoirement signé** par les deux titulaires de l'autorité parentale.

À défaut, l'intervention ne pourra avoir lieu.

Si vous exercez seul l'autorité parentale, vous devrez en apporter la preuve. (livret de famille / attestation de jugement)

Représentant légal 1

Nom :

Prénom :

N° Tél. :

Signature Représentant légal 1

Le/...../.....

Représentant légal 2

Nom :

Prénom :

N° Tél. :

Signature Représentant légal 2

Le/...../.....

Pour les patients sous tutelle :

Nom :

Prénom :

N° Tél. :

Signature du Tuteur

Le/...../.....

L'article 372-2 du code civil précise :

Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentants légaux.
Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

1- A l'occasion de la consultation avec le praticien, il m'a été exposé dans le détail, de manière loyale, claire et appropriée :

- les informations précises relatives à ma pathologie et son évolution possible en cas de refus d'intervention thérapeutique,
- la description et le déroulement des examens, investigations, soins, intervention envisagés et des alternatives possibles,
- leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés,
- leurs conséquences et leurs inconvénients,
- leurs complications possibles (liées aux suites opératoires, à la pathologie dont je souffre, à toute autre maladie dont je puis être porteur ou à des réactions individuelles imprévisibles), leurs risques, y compris anesthésiques, infectieux et vitaux, et l'éventualité de reprises chirurgicales.
- les précautions particulières et générales que je dois prendre.

2- Je reconnais qu'il a été procédé à une évaluation « bénéfices / risques » personnalisée afin de me recommander l'alternative thérapeutique la plus adaptée à mon cas particulier.

Je confirme avoir pu vous poser toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note qu'il existe, outre les risques précédemment cités, une imprévisibilité de durée d'hospitalisation, d'aspect ou de forme anatomique, de délai de cicatrisation, etc ., ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus. Je vous fais confiance pour utiliser les moyens dont vous disposez pour approcher le résultat souhaité.

3- J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'hospitalisation vous pouviez vous trouver face à une découverte, un événement imprévu, imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, et je vous autorise d'ores et déjà, dans ces conditions, à effectuer tout autre acte que vous estimeriez nécessaire : transfusion, perfusion de produits dérivés du sang, analyses biologiques de dépistage (HIV, hépatites B et C, maladies infectieuses).

Je vous confirme que les explications fournies l'ont été dans des termes suffisamment clairs pour arrêter mon choix en confiance et vous demander de pratiquer l'anesthésie, l'intervention et/ou l'exploration médicale et tout actes complémentaires qui seraient nécessaires.

4- Je consens de manière libre et éclairée aux soins nécessaires à mon traitement qui peuvent se dérouler sur plusieurs séances. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Date et signature obligatoires

Signature

Précédée par «j'accepte les soins proposés»

Le/...../.....

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut rédiger à tout moment ses directives anticipées concernant sa fin de vie pour le jour où elle ne pourra plus exprimer sa volonté. C'est une possibilité qui vous est donnée. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

Pour vous aider dans votre démarche, parlez-en à votre praticien et/ou votre cadre soignant.

Dans le cas où vous avez rédigé vos directives, veuillez préciser la personne à contacter pour les consulter :

Nom :

Prénom :

Tél. :



DEMANDE D'ADMISSION

Ce document est indispensable pour votre admission.

À RETOURNER AU PLUS TARD 5 JOURS AVANT LA DATE D'ENTRÉE À LA CLINIQUE :

MODALITÉS DE RETOUR DE CE DOCUMENT

- Directement au service des admissions, au RDC du bâtiment Hospitalisation du lundi au vendredi de 8h à 18h,
- ou - Par voie postale,
- ou - Par mail en joignant toutes les pièces demandées :
 - Pour l'ambulatorio ou l'H.T.P : ambulatorio@infirmierie-protestante.com
 - Pour l'hospitalisation complète : planning@infirmierie-protestante.com

ÉLÉMENTS À JOINDRE

- ✓ Ce document **d'admission** dûment rempli.
 - ✓ 1 copie de votre **pièce d'identité**.
 - ✓ **Pour les patients mineurs,**
 - **1 copie de la carte d'identité du mineur,**
 - **1 copie de la carte d'identité des 2 parents,**
 - **Livret de famille.**
 - ✓ 1 copie de votre **carte de mutuelle** recto/verso.
 - ✓ 1 copie de votre **attestation CMU/AME** (si vous êtes ayant droit).
 - ✓ En cas d'hospitalisation complète : 1 chèque de caution de 200 €. Il vous sera rendu après paiement total de la facture.
 - ✓ **En cas d'accident de travail,** l'attestation de la déclaration d'accident de travail.
- Afin de bénéficier du tiers payant, demandez à votre mutuelle de nous envoyer une prise en charge détaillée :**
- Pour l'ambulatorio ou l'H.T.P :** ambulatorio@infirmierie-protestante.com ou par fax au 04 72 00 71 09.
 - Pour l'hospitalisation complète :** planning@infirmierie-protestante.com ou par fax au 04 72 00 70 54.

Renseignements pour votre mutuelle :
Code discipline médico-tarifaire (DMT) : 181 pour la chirurgie - 174 pour la médecine
N°FINESS Infirmierie Protestante: 690793468.

À défaut, nous vous facturerons directement les frais d'hospitalisation.



DEMANDE D'ADMISSION



INFIRMERIE PROTESTANTE DE LYON
1-3 chemin du Penthod 69641 CALUIRE CEDEX
Tél. : 04 72 00 72 00
Association régie par la loi 1901
Etablissement conventionné par la Sécurité Sociale
Métro : Ligne C - arrêt terminus station Cuire
Bus : Ligne C1 - C13 - 33 - 38 - S5