



DEMANDE D'ADMISSION

OFFRES HÔTELIÈRES

VOTRE SÉJOUR À LA CARTE

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

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

HOSPITALISATION COMPLÈTE

☐

CHAMBRE INDIVIDUELLE CLASSIQUE - 110€/jour*

- Wi-Fi en illimité
- ☐ - Accompagnant enfant (Supplément lit couchette : 35€)

☐

CHAMBRE INDIVIDUELLE AVEC SERVICES OPALE - 140€/jour*

- Wi-Fi et Télévision en illimité
- Mise à disposition de serviettes de toilette, draps de bain et nécessaire de toilette
- Un journal quotidien
- Petit-déjeuner continental**
- ☐ - Accompagnant enfant (Supplément lit couchette : 35€)

☐

CHAMBRE ÉMERAUDE - 220€/jour*

- Chambre privative contemporaine avec coin salon
- Téléviseur grand écran (Canal+ / Canalsat), Wi-Fi, forfait téléphone inclus
- Equipements de confort : réfrigérateur, mini bar, cafetière Nespresso, sèche-cheveux
- Trousse de toilette
- Mise à disposition de serviettes de toilette, draps de bain et peignoir
- Un journal au choix chaque jour et un magazine par semaine
- Petit-déjeuner continental et repas Plaisir à la carte**
- ☐ - Accompagnant (Supplément lit couchette : 40€)

☐

CHAMBRE DOUBLE (sans supplément)

Signature Patient

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

AMBULATOIRE

☐

CHAMBRE INDIVIDUELLE - 65€

☐

CHAMBRE DOUBLE (sans supplément)

Lors de votre retour de bloc opératoire ou d'examen, vous disposerez d'une chambre avant d'être conduit au salon de pré-sortie, où vous aurez la possibilité de prendre une collation.

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 06/02/2024



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

Docteur :

Hospitalisation complète ☐ Ambulatoire ☐ HDJ ☐ Soins Extérieurs ☐ Chimiothérapie ☐

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 liés aux prestations hôtelières : chambre individuelle, Opale, Emeraude, téléphone, télévision, Wi-Fi...

ARGENT - OBJET DE VALEUR

Je m'engage à n'apporter aucun objet de valeur. L'établissement décline toute responsabilité en cas de détérioration ou disparition.

DROIT À L'INFORMATION

Dans le cadre de ma prise en charge et des soins qui me seront dispensés :

- Je reconnais avoir été informé(e) du traitement de mes données personnelles par l'établissement,
- Je reconnais avoir été informé(e) de la transmission de mes données personnelles hors de l'établissement à la demande des professionnels de santé si cela s'avère nécessaire,
- J'autorise l'utilisation de mon adresse mail et numéro de téléphone portable pour les démarches administratives,
- Je reconnais avoir été informé(e) des modalités d'exercice du droit d'accès à mon dossier médical ou à celui du patient que je représente.

☐ J'atteste avoir reçu le Livret d'Accueil de l'établissement.

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

Signature obligatoire



DEMANDE D'ADMISSION

DROITS ET INFORMATIONS

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom de naissance : Prénom : Date de naissance :

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 :

Nom : Prénom : Téléphone :

Lien de parenté :

Date et signatures obligatoires

Signature Patient

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

Signature Personne de Confiance

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

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

Merci de nous indiquer la personne à prévenir :

Nom : Prénom : Téléphone :

Lien de parenté :

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 ou tuteur

Nom :

Prénom :

N° Tél. :

Signature Représentant légal 1 ou tuteur

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

Représentant légal 2

Nom :

Prénom :

N° Tél. :

Signature Représentant légal 2

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

L'article R.1112-35 du code de la santé publique et l'article 372 du code civil précisent :
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 LIBRE ET ÉCLAIRÉ

1- À l'occasion des consultations avec le praticien et le médecin anesthésiste, 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, interventions envisagées 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 peux 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 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 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, administration de produits dérivés du sang, imagerie, analyses biologiques de dépistage (HIV, hépatites B et C, maladies infectieuses). Je confirme que les explications fournies par le praticien et le médecin anesthésiste, l'ont été dans des termes suffisamment clairs pour arrêter mon choix en confiance et vous autorise à pratiquer l'anesthésie, l'intervention et/ou l'exploration médicale et tout acte complémentaire qui serait nécessaire.

4- Mon dossier médical pourra être consulté par les médecins de l'établissement, mais aussi hors de l'établissement, à la demande de mon médecin si cela est nécessaire, ceci dans mon intérêt et pour une prise en charge optimale lors de mon hospitalisation.

5- 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.

Nom de naissance : Prénom : Date de naissance :

Signature obligatoire du patient ou du représentant légal

Précédée de la mention «J'accepte le projet de soins proposé»

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 médical. Elles sont révisables et révocables, à tout moment et par tout moyen.

Pour vous aider dans votre démarche, parlez-en au personnel soignant.

Avez-vous rédigé des directives anticipées ?

☐

OUI (merci de les joindre à ce document)

☐

NON

CE DOCUMENT EST INDISPENSABLE POUR VOTRE ADMISSION.

Document valable pour votre prochain séjour et/ou cures, et séances récurrentes.

Document à retourner au plus tard 5 jours avant la date d'entrée à la clinique,
Possibilité de réaliser directement votre préadmission en ligne (www.infirmierie-protestante.com).

MODALITÉS DE RETOUR DE CE DOCUMENT

- Directement au service des préadmissions, du lundi au vendredi de 8h à 18h,
- ou - Par voie postale,
- ou - Par mail en joignant toutes les pièces demandées : admission@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).
- ✓ Une **caution est demandée pour tous les patients**. Elle est obligatoire et préalable à l'admission. Un mail vous sera envoyé quelques jours avant votre venue pour vous transmettre le lien internet à utiliser pour déposer cette caution. À défaut, un chèque sera demandé à l'admission.
- ✓ **En cas d'accident de travail**, l'attestation de la déclaration d'accident de travail.
- ✓ Une **prise en charge mutuelle détaillée**, afin de bénéficier du tiers payant. À défaut, nous vous facturerons directement les frais d'hospitalisation.

Renseignements pour votre mutuelle :

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



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