

Préparez votre séjour au sein de la maternité de la Polyclinique Sainte Thérèse

Avant votre séjour au sein de la maternité :

Après votre consultation du **3^{ème} trimestre** avec votre gynécologue-obstétricien, vous devrez établir votre **préadmission** au bureau des entrées à l'accueil central de la Polyclinique.

Du lundi au vendredi de 8h à 18h.

Les documents suivants vous seront demandés :

- Le **formulaire de préadmission** présent au verso de ce document complété et signé,
- Le formulaire de désignation d'une **personne de confiance** et de la personne à prévenir,
- Une pièce d'identité** : carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire nouvelle génération, titre de séjour en cours de validité ou livret de famille pour les patients mineurs,
- Votre **carte vitale**,
- Votre **carte mutuelle**,
- Votre **attestation de CMU ou ACS** (si concernée).

La maternité de la Polyclinique reste à votre disposition pour tous renseignements :

04.67.46.36.73

FORMULAIRE DE PREADMISSION

- ✓ A compléter par le médecin et le patient,
- ✓ A remettre aux bureaux des préadmissions.

ETIQUETTE PATIENT

IDENTITE DU PATIENT

NOM d'usage : **Prénom :**

NOM de naissance : **Date de naissance :**

N° de téléphone :

Adresse mail :

Adresse postale :

.....

Médecin traitant :

Patient sous tutelle : Oui Non **Handicap :** Oui Non Préciser :

IDENTITE DU GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

NOM du gynécologue-obstétricien :

RENSEIGNEMENTS LIES AU SEJOUR

Date prévisionnelle de votre accouchement :

Je soussignée Mme.....
certifie avoir demandé :

- Une chambre double
- Une chambre particulière (Tarif : 85€ / jour)
(Lit et petit déjeuner accompagnant inclus)
- Une chambre privilège (Tarif : 150€ / jour)
(Brochure ci-jointe)
- Une chambre double privatisée (Tarif : 110€ / jour)
(Petit déjeuner inclus)
- Le repas accompagnant (Tarif : 10€ / jour)
- Télévision (4€ / jour)
(Prestataire extérieur)

Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière ou de la chambre privilège s'effectue sous réserve des disponibilités du service le jour de votre entrée.

Je déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et je m'engage à régler les frais réellement engagés qui sont à ma charge, hors responsabilité de la sécurité sociale, avant ma sortie de la Polyclinique.

Fait à

Le

Signature de la patiente :