



# F I C H E S U I V E U S E

Je soussigné (e) ..... donne l'autorisation de pratiquer tout acte médical, anesthésique et chirurgical, nécessité par l'état de mon enfant .....

Date : ..... Signature : .....

Je demande l'hospitalisation en chambre seule et m'engage à régler par jour, la somme de 59€ (TV incluse), si non pris en charge par la mutuelle.

Je demande la chambre seule en ambulatoire (1/2 jour) et m'engage à régler la somme de 25€ (TV incluse), si non pris en charge par la mutuelle.

Je demande la chambre seule en ambulatoire (1 jour) et m'engage à régler la somme de 50€ (TV incluse), si non pris en charge par la mutuelle.

Je demande la prestation  Classique (59€)  Confort (90€)  Standing (110€)

Date de mise à disposition : ..... Signature : .....

Lit accompagnant 11,50 €.

Date de mise à disposition : ..... Signature : .....

Télévision forfait journalier de 5 € pour la chambre double

Date de mise à disposition : ..... Signature : .....

Téléphone 6 € de mise à disposition, plus les communications.

Date de mise à disposition : ..... Signature : .....

Livret d'accueil remis lors de la  Pré-Admission  Admission Signature : .....

Ambulance : ..... Tél : .....

Demandé pour ..... (heure), par

- Taxi
- VSL
- Allongé
- Retour à domicile
- Sortie vers une autre structure : .....

<b>PATIENT</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>
Eau minérale																															
Boisson																															

## PROTHESES

OUI  NON

Date de la pose : .....