

GHT de Lozère	FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	VIG/IDENTITO/SUPP 022 Version : C 06/10/20	20/12/2018
			Page 1 sur 1

Afin d'assurer au mieux votre prise en charge sur l'Hôpital Lozère, veuillez compléter et signer ce document et nous le remettre rapidement.

EXAMEN

☐ HOSPITALISATION

☐ CONSULTATION

DATE : HEURE :

SERVICE :

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

IDENTITE

NOM MARITAL puis NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

SEXE : ☐ Féminin ☐ Masculin

SITUATION DE FAMILLE : ☐ Célibataire ☐ Pacsé ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Veuf

ADRESSE :

CP et VILLE :

TELEPHONE : MAIL :

N° DE SECURITE SOCIALE :

CAISSE :

MEDECIN TRAITANT :

☐ SI PATIENT MINEUR

IDENTITE DE L'ASSURE :

LIEN DE PARENTE :

ADRESSE :

TELEPHONE : MAIL :

☐ SI PATIENT PROTEGE

IDENTITE DU TUTEUR :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

ADRESSE :

TELEPHONE: MAIL:

PIECES A FOURNIR

- Pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou titre de séjour ou livret de famille)
- Carte mutuelle de l'année en cours

Daté et signé