

**Ce document est à compléter et à déposer à l'accueil à votre admission**

## PATIENT

Nom de naissance : ...../Nom d'usage : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Numéro de sécurité sociale : ..... / Mutuelle : .....  
 Adresse mail : .....@.....  
 Hospitalisé(e) en service de soins médicaux de réadaptation le .....  
 Médecin traitant : ..... / Adresse : .....

## REPRESENTANT LEGAL

Le cas échéant, **représentant légal** : tuteur, curateur, mandataire (*rayez la mention inutile*)  
 Non concerné ☐

Nom, prénom : .....  
 Adresse mail : .....@.....  
 Mandat .....(Fournir un justificatif de tutelle, curatelle, mandat spécial...)

## PERSONNES REFERENTES

1) **Personnes à prévenir** pendant votre séjour (par ordre de priorité) :

Nom/Prénom : ..... Parenté : .....  
 Tél.: ..... Mail : .....@.....  
 Nom/Prénom : ..... Parenté : .....  
 Tél.: ..... Mail : .....@.....

2) **Personne de confiance** pendant la durée du séjour :

En application de l'article L1111-6 du Code de la santé publique, l'utilisateur a la possibilité de désigner une personne de confiance qui sera consulté en cas de difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits. La personne de confiance pourra l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance est une personne majeure pouvant être un parent, un proche, ou le médecin traitant.

☐ Je souhaite désigner une personne de confiance.

Nom/Prénom..... Lien avec l'utilisateur :.....

Le cas échéant, le tiers de confiance remplit et signe l'encadré ci-dessous :

Nom/Prénom..... Lien avec l'utilisateur :.....Tél.:.....  
 Adresse : .....  
 Mail : .....  
 Accepte être désignée comme personne de confiance : OUI – NON –  
 Fait à Toulouse, le ..... Le tiers de confiance  
 (Faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé")

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

## ENGAGEMENT

|                                                                                                                                                     |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| J'atteste avoir été informé de la possibilité de désigner une personne de confiance                                                                 | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| J'ai reçu le livret d'accueil et je m'engage à en prendre connaissance                                                                              | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Ma présence dans l'établissement peut être communiquée (recevoir des appels téléphoniques, des visites....)                                         | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| J'autorise l'établissement à me prendre en photo pour le dossier médical :                                                                          | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| J'accepte que l'équipe de soins de l'établissement accède à mon dossier médical partagé pour consultation (art L1111-15)                            | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| J'accepte que l'équipe de soins de l'établissement accède à mon dossier médical partagé pour alimentation (art L1111-15)                            | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| J'atteste avoir été informé qu'il n'y a pas de coffre dans ma chambre et que l'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| J'accepte de fournir une adresse mail pour recevoir des informations (factures, enquête de satisfaction nationale e-Satis...)                       | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

## FRAIS D'HOSPITALISATION

Je suis informé que l'établissement met à ma disposition une chambre individuelle. J'ai pris connaissance des conditions tarifaires sur la fiche des tarifs qui m'a été remise dans le dossier d'accueil.

Les modalités de prise en charge du ticket modérateur et des suppléments hôteliers seront fonction de mon statut auprès des organismes d'assurance maladie et de mon contrat souscrit auprès d'un organisme de mutuelle. Mon reste à charge journalier calculé en fonction de mes droits me sera communiqué.

## CHEQUE DE CAUTION / ENGAGEMENT A PAYER

Adresse de facturation : .....

|                                                              |                                                       |                           |                          |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <b>Chèque de caution (sauf pour HTP) non encaissé 600€ :</b> | <input type="checkbox"/> oui                          | <b>Engagement à payer</b> | <input type="checkbox"/> |
| N° : .....                                                   | Nom du garant : .....                                 |                           |                          |
| Banque : .....                                               | Copie de la carte d'identité <input type="checkbox"/> |                           |                          |
| Date du chèque : .....                                       | Adresse du garant : .....                             |                           |                          |

Ce chèque de caution sera détruit après règlement des frais de séjour

## SIGNATURE

Par la signature du présent document l'utilisateur ou son représentant certifie avoir reçu l'information écrite et orale, reconnaît en avoir pris connaissance dans son intégralité.

Fait à Toulouse, le .....

☐ L'utilisateur ou ☐ son représentant

**Représentant de la clinique**

Nom du représentant : .....  
(Faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé")

Le Directeur  
M Nicolas SALANDINI