

Ce document est à compléter et à déposer à l'HTP dans les 2 jours après votre hospitalisation

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 (*ayer 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'usager 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'usager :.....

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

Nom/Prénom..... Lien avec l'usager :.....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 ai été informé de la possibilité de désigner une personne de confiance	OUI ☐	NON ☐
J'ai reçu le livret d'accueil et je m'engage à en prendre connaissance	OUI ☐	NON ☐
J'autorise l'établissement à me prendre en photo pour le dossier médical :	OUI ☐	NON ☐
J'accepte que l'équipe de soins de l'établissement accède à mon dossier médical partagé pour consultation (art L1111-15)	OUI ☐	NON ☐
J'accepte que l'équipe de soins de l'établissement accède à mon dossier médical partagé pour alimentation (art L1111-15)	OUI ☐	NON ☐
J'accepte de fournir une adresse email pour recevoir des informations (factures, enquête de satisfaction ...)	OUI ☐	NON ☐

FRAIS D'HOSPITALISATION

Je suis informé que ma rééducation en hospitalisation à temps partiel est prise en charge par l'assurance maladie, transport sanitaire compris.

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

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

Représentant de la clinique

Le Directeur
M Nicolas SALANDINI