

# FORMULAIRE D'ADMISSION

Etiquette Patient

Date d'entrée : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Date de sortie : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

## PATIENT

 Masculin

 Féminin

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage / Nom marital : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE

 Célibataire

 Marié(e)

 Séparé(e)

 Pacsé(e)/Concubinage

 Divorcé(e)

 Veuf/ve

### COUVERTURE SOCIALE

 Assuré(e)

 Bénéficiaire

N° CAFAT : \_\_\_\_\_

Nom/ Prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_

Mutuelle : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

 Assuré(e)

 Bénéficiaire
Aide médicale :  Sud  Nord  Iles N°.....

### EMPLOYEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Accident du travail :  Non  Oui du \_\_\_\_\_

## COORDONNEES

### ADRESSE PRINCIPALE

N°, Nom du bâtiment, rue : \_\_\_\_\_

Lotissement / Quartier : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ BP :  oui  non

N° BP : \_\_\_\_\_ Code Postal BP : \_\_\_\_\_ Commune BP : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

### HEBERGEMENT DURANT LE SÉJOUR

*Si vous habitez hors Nouméa ou hors grand Nouméa et que vous êtes hébergé durant votre séjour, merci de nous indiquer l'adresse d'hébergement sur Nouméa ou grand Nouméa :*

Nom hébergeur : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_

### PERSONNES À PRÉVENIR

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

**Avez-vous été hospitalisé(e) hors territoire (hors Wallis et Futuna) ou au CHT (en réanimation ou en USC) pendant les 12 derniers mois ?**

 OUI  NON

# Règlement de la totalité des frais d'hospitalisation

Je soussigné \_\_\_\_\_ Représentant légal / tuteur de : \_\_\_\_\_

- M'engage à régler la totalité des frais d'hospitalisation non pris en charge par une couverture sociale
- M'engage à payer les frais de tous les examens à ma charge (soins médicaux, imagerie et analyses biologiques) dans le cadre d'une consultation aux urgences
- A été informé(e) que la Clinique est un lieu ouvert et que les biens conservés dans ma chambre restent sous mon entière responsabilité (*armoire à code à disposition*)

## HOSPITALISATION COMPLETE

<p><b>Chambre Junior</b> (Réservée aux -18 ans)</p> <p><b>8 950 F / j</b></p> <p>Forfait journalier inclus</p> <p>Offre Premium (TV + Wifi)</p> <p>Inclus : 1 accompagnant (Dîner + lit compris)</p>	<p><b>Chambre Individuelle</b> (Sous réserve de disponibilités)</p> <p><b>13 500 F / j</b></p> <p>Forfait journalier inclus</p> <p>Wifi</p> <p>1 accompagnant autorisé sous réserve de l'accord préalable de l'équipe soignante (Lit selon disponibilité - Repas non fourni)</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double. Les accompagnants ne sont pas autorisés.  
Je m'engage à payer le forfait journalier de **1900F / jour**.

**Date et signature précédée de la mention « lu et approuvé » :**

## MATERNITE

<p><b>Chambre Individuelle</b> (21 m<sup>2</sup>)</p> <p><b>13 500F / j</b></p> <p>Forfait journalier inclus</p> <p>Wifi</p> <p>Lit simple</p> <p>1 accompagnant autorisé sous réserve de l'accord préalable de l'équipe soignante (Lit d'appoint dans chaque chambre - Repas non fourni)</p>	<p><b>Chambre Parentale</b> (25 m<sup>2</sup>)</p> <p><b>19 500 F / j</b></p> <p>Forfait journalier inclus</p> <p>Vue Mer</p> <p>Offre Premium (TV + Wifi)</p> <p>Lit Double 160 x 190 cm</p> <p>Inclus : 1 accompagnant (Dîner + petit déj inclus)</p> <p>Kitchenette Frigo Micro-Ondes Bouilloire</p>	<p><b>Suite Familiale</b> (52 m<sup>2</sup>)</p> <p><b>23 500 F / j</b></p> <p>Forfait journalier inclus</p> <p>Vue Mer + Climatisation individuelle</p> <p>Offre Premium (TV + Wifi)</p> <p>Télé Ecran géant 186 cm</p> <p>Lit Double 160 x 190 cm</p> <p>+ Lit à barreaux pour enfant -3 ans</p> <p>Inclus : 2 accompagnants (1 adulte et 1 enfant) Dîner + petit déj inclus</p> <p>Kitchenette Frigo Micro-Ondes Bouilloire Espace Salon - Canapé</p>
<b>CHOIX DE LA CATEGORIE DE PRESTATION (à cocher)</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**RGPD**

CLINIQUE KUINDO-MAGNIN

### Traitement de vos informations :

La Clinique collecte et traite sous sa responsabilité les informations qui vous sont demandées, pour la bonne gestion de votre demande d'admission, y compris au titre de l'identitévigilance. Ce traitement est fondé sur une obligation légale, notamment en application de la Délibération n°12/CP du 3 mai 2005. Toutes les informations demandées sont obligatoires : à défaut, la Clinique ne pourra pas procéder à l'admission. Ces informations sont à destination des personnels administratifs en charge des admissions et de la facturation des séjours, et des personnels de santé qui participeront à votre prise en charge.

Certaines de ces informations seront aussi communiquées aux organismes assurant votre couverture sociale. Enfin, elles pourront être accessibles aux sous-traitants qui interviennent sur le système d'information de la Clinique, dans des conditions garantissant leur protection. Vos informations pourront être conservées jusqu'à 30 ans après votre dernier séjour. À cet égard, il est précisé que l'article L.1110-4 du Code de la santé publique applicable à la Nouvelle-Calédonie prévoit que « lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe ».

Pour exercer vos droits : dpo@cliniques.nc.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos informations et vos droits : consulter la notice affichée dans le hall principal de la Clinique, ou celle plus complète publiée sur notre site internet, rubrique « Admission ».