

Date d'intervention prévue le : / / Date d'entrée prévue le : / /

Nom du chirurgien :

PATIENT

NOM DE NAISSANCE : **Prénom :**

NOM USUEL :

Date de naissance :

Nom et prénom de l'assuré social :

Tél.

Adresse :

Code postal : Ville :

E-mail :

Nom et prénom de votre médecin traitant : Dr

Nom, prénom et n° de tél. de la personne à prévenir :

ALD (affection longue durée) en rapport avec l'intervention : oui non

CHOIX DES PRESTATIONS (voir conditions fiche «Engagement du patient»)

EN HOSPITALISATION (AU MOINS UNE NUIT)

Chambre particulière avec (selon les disponibilités) :

- Pack accompagnant (forfait 1 ou 2 nuits)
- Repas accompagnant

(si oui, inscrire ci-dessous en toute lettre : «je souhaite une chambre particulière»)

Chambre double (sans supplément) :

- Petit déjeuner accompagnant
- Repas accompagnant

J'atteste avoir reçu :

- Le livret d'accueil clinique
- Le passeport ambulatoire

À Bordeaux, le :

Signature

NOUVELLE CLINIQUE BEL AIR

138, avenue de la république - CS 11425
33073 Bordeaux cedex - Fax : 05 57 81 06 39

0 826 300 606 Service 0,20 € l'appel
+ prix appel