



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

Nom du chirurgien : .....

## PATIENT

NOM DE NAISSANCE : ..... Prénom : .....

NOM USUEL : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. .... E-mail\* : .....

N° SS : ..... Nom Mutuelle : .....

Nom et prénom de votre médecin traitant : Dr .....

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

## ASSURÉ (si différent du patient) :

NOM ET PRÉNOM .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. ....

À Bordeaux, le : .....

Signature

*\*Nous vous informons que votre adresse mail sera utilisée dans le cadre d'une enquête satisfaction menée par la HAS (E-satis) et pour la communication de documents clinique.*

**J'atteste avoir eu accès au**  Le livret d'accueil clinique (portail patient, internet ou papier)

**J'atteste avoir reçu**  Le passeport ambulatoire