

POLYCLINIQUE SAINT-ROCH

Médecine, Chirurgie, Maternité

560, avenue du Colonel Pavelet • CS 10999 34075 MONTPELLIER CEDEX 3

Tel: 04 67 61 88 88 • Fax: 04 67 61 88 99

e-mail: info@cl-st-roch.fr

Formulaire de pré-admission

A compléter et à rendre le jour de votre consultation pré-anesthésique

O AMBULATOIRE O HOSPITALISATION COMPLÈTE NOM DU CHIRURGIEN: DATE D'ENTRÉE: PATIENT NOM			
		Je soussigné(e) M certifie avoir demandé : En hospitalisation complète : ○ MON ADMISSION EN CHAMBRE DOUBLE ○ MON ADMISSION EN CHAMBRE DOUBLE AVEC FORFAIT MULTIMÉDIA pour convenance personnelle à 10 € par séjour (inclus TV, téléphonie illimitée* [fixe + portable], Wi-Fi) ○ MON ADMISSION EN CHAMBRE PARTICULIÈRE pour convenance personnelle à 90 € par jour de présence (inclus TV, téléphonie illimitée* [fixe + portable], Wi-Fi) En ambulatoire : ○ MON ADMISSION EN CHAMBRE DOUBLE ○ MON ADMISSION EN CHAMBRE PARTICULIÈRE à 30 € par séjour incluant TV et Wi-Fi	 Je déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et je m'engage à régler les frais réellement engagés qui sont à ma charge, hors responsabilité de la sécurité sociale. J'atteste avoir reçu le livret d'accueil de la Polyclinique Saint-Roch comportant toutes les informations relatives à mon hospitalisation. Je reconnais avoir été informé(e) par les praticiens de l'établissement des bénéfices et risques liés à mon opération ou à ma prise en charge médicale ou obstétricale. J'ai signé un document attestant de mon consentement libre et éclairé. A Montpellier,
		Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée. * Appels nationaux hors international et numéros tarifs spéciaux	le