

IDENTITE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
Email :
Téléphone :
Médecin traitant :

ETIQUETTE PATIENT

Votre admission et vos droits

Pour éviter l'avance des frais*, ne pas oublier d'apporter avec vous les pièces suivantes : pièce d'identité, carte vitale ou attestation de sécurité sociale à jour, carte de mutuelle, éventuellement feuille d'arrêt de travail/feuille CMU, attestation de chômage pour les demandeurs d'emploi *Si vous n'êtes pas assuré social ou ne pouvez justifier d'une prise en charge, un chèque d'acompte et/ou dépôt de garantie d'un montant de 500 € minimum vous sera demandé.

PERSONNE A PREVENIR

La personne à prévenir est la personne que l'on contacte en cas de besoin pendant votre séjour (organisation, information sur votre sortie, transfert...).

- ☐ Je désigne la même personne que ma personne de confiance*
☐ Je désigne une autre personne dont je précise ici les coordonnées

NOM et prénom : Téléphone :

Lien avec le patient :

PERSONNE DE CONFIANCE

**La personne de confiance est quelqu'un que vous choisissez pour vous accompagner. Elle peut être consultée par l'équipe médicale si vous ne pouvez plus exprimer vos choix. Son rôle concerne uniquement votre santé.*

☐ Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, mais à tout moment je peux procéder à cette désignation en utilisant ce formulaire. J'atteste avoir été informé de la possibilité que prévoit la loi de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour.

☐ J'atteste avoir reçu l'information sur la personne de confiance et désigne comme personne de confiance majeure et légalement capable ☐ Un proche ☐ Un parent ☐ Mon médecin traitant

Nom et prénom de la personne de confiance :

Adresse :

Téléphone :

Fait à : Le :/...../20...

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

NB : Dans le cas où la personne de confiance n'est pas présente physiquement, le patient s'engage à ce que la personne désignée ait bien compris son rôle et ait donné son accord pour cette mission.

DIRECTIVES ANTICIPEES

Les directives anticipées sont un document où vous écrivez vos souhaits concernant vos soins si, un jour, vous ne pouvez plus parler pour vous-même. Elles aident l'équipe médicale à respecter vos volontés.

- ☐ Je n'ai pas encore de directives anticipées
- ☐ J'ai rédigé des directives anticipées, je les ai laissées :
- ☐ A mon médecin traitant ☐ A ma personne de confiance
☐ Dans mon espace DMP ☐ Autre :
- Souhaitez-vous nous en donner une copie pour qu'elles soient conservées dans votre dossier médical ?
- ☐ OUI ☐ NON

CONFIDENTIALITE

Transmissions des informations de santé à des proches

- ☐ J'autorise la clinique à communiquer les informations concernant mon état de santé à mes proches
- ☐ Je n'autorise pas la clinique à communiquer les informations concernant mon état de santé à mes proches

Respect de la confidentialité

- ☐ J'autorise la divulgation de ma présence au sein de l'établissement pendant la durée de mon séjour
- ☐ Je n'autorise pas la divulgation de ma présence au sein de l'établissement pendant la durée de mon séjour et souhaite conserver mon anonymat.

NB : Les acteurs de santé sont dans l'obligation d'envoyer dans le DMP de leurs patients tous les documents thérapeutiques et diagnostics utiles à leur santé (article L.1111-15 du CSP). Nous vous informons que la clinique de l'Ospedale alimentera automatiquement votre DMP avec les documents concernant votre séjour (Lettre de Liaison, Compte-Rendu Opératoire...etc). Vous pouvez vous opposer à cette alimentation en cas de motif légitime (article R. 1111-47 du code de la santé publique) en le signalant auprès du service Admissions.

Consentement éclairé à l'hospitalisation

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ETIQUETTE PATIENT

Information reçue :

J'ai été informé(e) par le Docteur de :

- la nature et les objectifs de mon hospitalisation,
- les soins et examens envisagés,
- les bénéfices attendus,
- les risques et complications possibles,
- les alternatives existantes,
- les conséquences d'un refus ou d'un report.

J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais et ai obtenu des réponses claires.

Mon consentement :

- ☐ Je consens librement et en toute connaissance de cause à mon hospitalisation à la Clinique de l'Ospedale.
- ☐ Je comprends que ce consentement couvre également les actes médicaux nécessaires à ma prise en charge pendant mon séjour, sauf opposition de ma part.
- ☐ Je sais que je peux retirer ce consentement à tout moment avant le début des soins, sans que cela nuise à ma prise en charge.

Fait à :, le / /

Signature du patient (Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

.....

