

Demande de renseignements administratifs

Tout courrier doit être envoyé au **GROUPE HOSPITALIER LOOS HAUBOURDIN (GHLH)**

20, rue Henri Barbusse – BP 57 – 59374 LOOS CEDEX

Email : direction@ghlh.fr - Fax : 03.62.21.04.03

SITE DE LOOS : 20, rue Henri Barbusse – **SITE D'HAUBOURDIN** : 29, rue Henri Barbusse

 **Feuillet à adresser au plus tôt à l'accueil de l'établissement**

Hospitalisation ou consultation prévue en :

- Soins de suite (Polyvalent et gériatrique)
 Soins Palliatifs
 UCC
 Réhabilitation respiratoire
 Consultation :

Entrée prévue :
le ___ / ___ / ___ à ___ h ___

Merci de coller
votre photo
d'identité

Partie à compléter en **MAJUSCULES** par vos soins et à adresser à l'établissement avant votre admission

Patient(e) hospitalisé(e) ou en consultation :

Nom de naissance : _____

Nom d'usage (épouse) : _____

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Situation familiale (marié, divorcé, veuf, ...) : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél 1 : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Tél 2 : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____

• **Médecin traitant** : Dr _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

N° de tél : _____

• **Caisse de sécurité sociale :**

Caisse de : _____

N° de sécurité sociale : _____

Accident du travail ou maladie professionnelle :

Oui Non

Etes-vous : l'assuré le conjoint de l'assuré

Date de l'accident ___ / ___ / ___

• **Personne à prévenir :**

Nom : _____ Prénom : _____

Tél de la personne à prévenir : ___ / ___ / ___ / ___

Lien avec le patient : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

• **Mutuelle :** _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Assuré(e) social(e)

A remplir uniquement si le patient n'est pas l'assuré

Nom : _____

Prénoms : _____

Nom de naissance : _____

Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

IMPORTANT : Questionnaire à remplir très exactement (en majuscules) et à retourner à l'établissement avec la **photocopie de l'attestation de carte vitale et de la carte de mutuelle de l'assuré**, afin de faire la demande de prise en charge auprès de votre caisse. La demande de prise en charge auprès de la Mutuelle est sollicitée par nos soins (hospitalisation uniquement).

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité et la sécurité de soins, **merci de nous transmettre également une copie de votre pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou titre de séjour), de coller une photo d'identité récente ci-dessus.**

En cas d'hospitalisation, merci de vous munir d'une pièce de 1€ pour l'utilisation du coffre afin de sécuriser vos effets personnels (les jetons ne fonctionnent pas avec le coffre)