Groupe Hospitalier LOOS HAUBOURDIN

Demande de renseignements administratifs

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

Hospitalisation ou consultation prévue en :

☐ **Soins de Suite et de Réadaptation** (SSR Polyvalent et gériatrique)
☐ **Soins Palliatifs** (SP)
☐ **Unité Cognitivo-Comportementale** (UCC)
☐ **Réhabilitation respiratoire** (RR) Entrée prévue :
☐ **Consultation :** 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) : .....
Né(e) le : ___ / ___ / ___ à .....
Situation familiale (marié, divorcé, veuf, ...) : .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....
Tél 1 : ___ /___ /___ /___ /___ Tél 2 : ___ /___ /___ /___ /___
Adresse e-mail : .....

Médecin traitant

Dr .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....
N° de tél : ___ /___ /___ /___ /___

Personne à prévenir

Nom : ..... Prénom : .....
Téléphone : ___ /___ /___ /___ /___
Lien avec le patient : .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....

Caisse de sécurité sociale

Nom : .....
Adresse : .....
N° de sécurité sociale :
.....

Mutuelle .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....
La demande de prise en charge auprès de la Mutuelle est sollicitée par nos soins (hospitalisation uniquement).

Etes-vous : ☐ l'assuré
☐ un ayant-droit de l'assuré ✎✎

Assuré social

Nom : .....
Prénoms : .....
Nom de naissance : .....
Né(e) le : ___ / ___ / ___ à .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....

Accident du travail ou maladie professionnelle :
☐ Oui ➔ Date de l'accident ___ / ___ / ___
☐ Non

à transmettre impérativement à l'établissement
☐ Copie de l'attestation de carte vitale de l'assuré
☐ Copie de la carte de mutuelle de l'assuré
☐ Copie de votre pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou titre de séjour)
☐ Photo d'identité récente (à coller dans l'encadré du haut)

Tout courrier doit être envoyé au **groupe hospitalier Loos Haubourdin (GHLH)**
20, rue Henri Barbusse – BP 57 – 59374 Loos cedex – Standard ☎ 03.62.21.04.00
E-mail : direction@ghlh.fr - Fax : 03.62.21.04.03
Site de Loos : 20, rue Henri Barbusse – **site d'Haubourdin** : 29, rue Henri Barbusse

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).

EN ADM 112 – 29/10/21 – v08