



KORIAN
CLINIQUES DU SOUFFLE

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

À RETOURNER À :

Clinique du Souffle® InfoService

3055 Avenue de Prades, 66000 Perpignan

Mail : cliniquesdusouffle@korian.fr

 **0 806 803 333** (service gratuit + prix appel)

Copie des pièces obligatoires à joindre :

- Pièce d'identité
- Carte mutuelle à jour
- Attestation de sécurité sociale à jour
- Attestation d'accident du travail ou maladie professionnelle le cas échéant

IDENTITÉ DU PATIENT

(écrire en lettres majuscules)

Nom : Prénom : Sexe : F M
Nom de naissance : Né(e) le : À :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone (fixe) : Téléphone (portable) : Mail :

PERSONNE À PRÉVENIR

Nom : Prénom : Lien de parenté :
Téléphone : Mail :

ASSURANCE MALADIE

N° de Sécurité Sociale : Nom de la caisse :
Adresse de la caisse :
.....

MUTUELLE

Nom de la Mutuelle : N°Adhérent :
Adresse de la Mutuelle :
.....
N° téléphone de la Mutuelle :

POSITION JURIDIQUE

Nom de l'organisme : Nom : Prénom : Tuteur Curateur Sauvegarde de justice
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Fax : Mail :



KORIAN
CLINIQUES DU SOUFFLE

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

POUR GARANTIR VOTRE CONFORT, VOTRE INTIMITÉ ET VOTRE BIEN-ÊTRE DURANT VOTRE SÉJOUR

Souhaitez-vous une chambre particulière selon les disponibilités de la clinique ?

Oui Non

Souhaitez-vous la télévision ?

Oui Non

Souhaitez-vous d'ores et déjà que nous vous garantissions la réservation d'une chambre particulière ?

Oui Non

Le choix de votre niveau de confort hôtelier et des services associés, seront abordés et choisis avec la Conseillère Clientèle de la clinique, le jour de votre admission.



FICHE DE PRÉ-ADMISSION

Copie des pièces obligatoires à joindre :

- Ordonnances en cours



PHARMACIE HABITUELLE

Nom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :

MÉDECINS

Médecin prescripteur du séjour

Nom, prénom :
Adresse :
Téléphone :

Médecin spécialiste 1 - Pneumologue

Nom, prénom :
Adresse :
Téléphone :

Médecin traitant

Nom, prénom :
Adresse :
Téléphone :

Médecin spécialiste 2 - Cardiologue

Nom, prénom :
Adresse :
Téléphone :

ÊTES-VOUS APPAREILLÉ ?

- Trachéo VNI O2 CPAP
 Déambulateur Canne Fauteuil roulant

TOILETTE

- Seul(e) Aide partielle Aide totale