



Clinique Geoffroy-Saint-Hilaire

59 rue Geoffroy Saint Hilaire,
75005 Paris

Préparer son intervention à la Clinique Geoffroy-Saint-Hilaire en Ambulatoire

Vous allez être accueilli(e) à la clinique Geoffroy-Saint-Hilaire, un établissement du groupe RAMSAY Générale de Santé.

Nous allons tout mettre en œuvre pour le bon déroulement de votre séjour.

Notre priorité est de vous accorder la meilleure attention et d'assurer la qualité et la sécurité de votre prise en charge.

Toute l'équipe de Geoffroy-Saint-Hilaire est à votre écoute et vous pouvez nous joindre au : **0826-308-408 (0,15€/min – serveur vocal)**

Lors de votre consultation d'anesthésiste, veuillez vous présenter avec les formulaires ci-joints complétés par vos soins.

Document à ne pas oublier :

- Pièce d'identité***
- Carte Vitale ****
- Carte mutuelle**
- Le volet d'accident du travail (en cas d'accident du travail)**

*** La pièce d'identité :**

Ce document est exigé pour garantir nos règles d'identitovigilance.

**** La carte vitale :**

A jour de vos droits, la carte vitale demeure être un document indispensable pour permettre à l'établissement de pratiquer le tiers payant et de vous éviter de faire l'avance des frais.

Pensez à vérifier auprès de caisse primaire d'assurance maladie que vos droits de sécurité sociale sont bien ouverts.

Pour accéder à la consultation de l'anesthésiste:

9, Rue de Quatrefages

75005 Paris

Avec le métro : **(M)**

7 Jussieu ou Place Monge

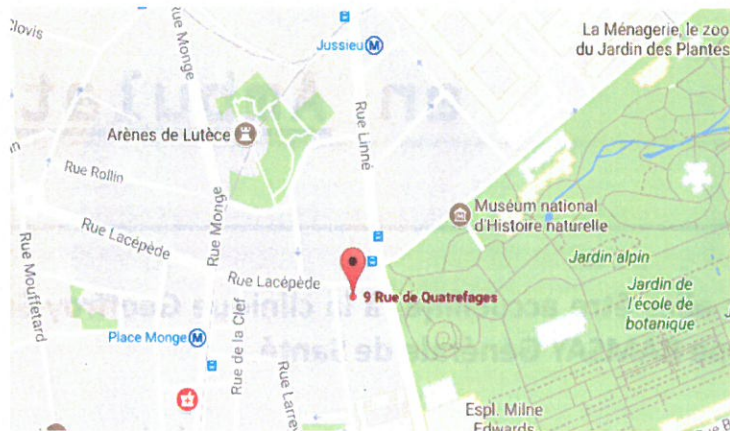
10 Jussieu

Avec le bus : **(BUS)**

89 Monge ou Jussieu

47 Monge

27 Claude Bernard



Nous prenons soin de vous

**Clinique
Geoffroy Saint Hilaire**
59 rue Geoffroy Saint Hilaire
75005 Paris
Tél. : 0826 308 408 (Coût de l'appel : 0,15 € TTC/min)
Fax : 01 44 08 40 53
www.cliniquegeoffroysainthilaire.fr

Clinique Geoffroy Saint Hilaire

● Autorisation d'hospitalisation d'un mineur

Identité du patient mineur :

Nom :	Médecin en charge de l'hospitalisation :
Prénom :
Date de naissance :	Date d'hospitalisation :

La mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale	Le père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :

L'autorité parentale est par principe conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année), **le consentement des deux parents est donc nécessaire**. Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il lui est possible de nous transmettre ce document avec sa signature **par fax** ou **voie postale**.

Dans le cas où l'un des parents exercerait seul l'autorité parentale, il convient d'en justifier par la production de la décision de justice ou par tout document officiel (livret de famille).

Les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant, des soins qui lui sont prodigués et de l'évolution de son état de santé.

Enfin, les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Mère ou autre détenteur de l'autorité parentale	Père ou autre détenteur de l'autorité parentale
Fait le : / /	Fait le : / /
à :	à :
Signature :	Signature :

Ce document doit être **impérativement signé** par les titulaires de l'autorité parentale et **remis** à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation de l'enfant.

