

**Document à remettre  
impérativement  
à votre arrivée à la  
Clinique.**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Entre au CHP Saint Grégoire le : [ ] [ ] [ ]

Reconnais avoir pris connaissance des informations suivantes :

**Livret d'accueil**

J'ai bien reçu le livret d'accueil de la clinique décrivant son fonctionnement, les tarifs des divers suppléments, les tarifs des prestations prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, les conditions dans lesquelles seront réglés les frais d'hospitalisation ainsi que la charte du patient hospitalisé.

**Autorisation d'opérer et de commander tout équipement de prothèse nécessaire**

**J'autorise :**

> le Docteur \_\_\_\_\_, chirurgien, ainsi que le médecin anesthésiste, à pratiquer l'intervention chirurgicale nécessitée par mon état / ou celui de \_\_\_\_\_ et à pratiquer tout prélèvement biologique concernant le dépistage de certaines maladies infectieuses ou génétiques.

> le CHP Saint Grégoire à commander et régler, le cas échéant, pour mon compte tout équipement et prothèse, sang et produits dérivés nécessaires aux soins qui me seront prodigués, ou qui seront prodigués à \_\_\_\_\_

**Information de votre médecin**

J'ai bien été informé(e) par mon médecin des risques encourus normalement prévisibles et des suites de l'intervention prévue.

**Personne de confiance**

Je désigne comme Personne de confiance : \_\_\_\_\_  
Art L.1111-6 de la Loi du 4 mars 2002 (cette personne peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions)

**Départ de la Clinique**

Au cas où je déciderais de quitter la clinique avant la date et l'heure choisies par mon médecin, je décharge l'établissement de toutes responsabilités.

**Autorisation d'opérer pour les mineurs ou les majeurs incapables**

J'autorise le chirurgien à pratiquer toute intervention chirurgicale sous anesthésie générale qu'imposerait l'état de mon enfant ou du majeur incapable dont je suis le responsable.

**Pour une hospitalisation en chirurgie ambulatoire**

Je reconnais avoir pris connaissance de toutes les contraintes et les nécessités qui entourent et accompagnent la chirurgie ambulatoire.

NOM, Prénom \_\_\_\_\_

Qualité (père, mère, tuteur légal) pour les mineurs et les majeurs incapables \_\_\_\_\_

Date : [ ] [ ] [ ]

SIGNATURE : \_\_\_\_\_