

## Formulaire d'admission patient - H-JU

Auteur : Lachat Marie-Claire

Madame, Monsieur,

Vous devez subir une intervention à l'Hôpital du Jura.

Afin de diminuer le temps d'attente au bureau d'accueil, nous vous prions de compléter le formulaire d'admission ci-après ou le formulaire d'admission en ligne sur notre site internet ([www.h-ju.ch/admission](http://www.h-ju.ch/admission)).

Madame

Monsieur

Enfant

|  |  |
|--|--|
| Nom :  |  |
| Prénom :   |  |
| Date de naissance :  |  |
| Adresse :  |  |
| N° postal et localité :  |  |
| Téléphone privé :  |  |
| Téléphone portable :   |  |
| Etat civil : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) |  |
| Nationalité :  |  |
| Origine :  |  |
| Confession :   |  |
| Langue maternelle : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> autre : .....   |  |
| Si vous ne parlez pas français : Un proche peut-il vous accompagner pour une traduction en français ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                              |  |
| Profession :   |  |
| Employeur :  |  |
| N° postal et localité :  |  |
| N° de téléphone professionnel :  |  |
| Médecin de famille :   |  |
| Personne de contact (urgences) :   |  |
| N° de téléphone contact :  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Assurance maladie :</b>  |  |
| <b>Date d'expiration :</b>  |  |
| <b>No AVS :</b> Saisissez ici votre numéro AVS. Pour ce faire aidez-vous de l'illustration ci-dessous   |  |
| <b>Carte n°:</b> Saisissez votre numéro de carte. Pour ce faire aidez-vous de l'illustration ci-dessous |  |



|  |   |
|--|---|
| <b>Date d'entrée prévue :</b>  |   |
| <b>Site d'hospitalisation prévu :</b>  | <input type="checkbox"/> Delémont <input type="checkbox"/> Porrentruy <input type="checkbox"/> Saignelégier |
| <b>Assurance accidents :</b>   |   |
| <b>N° accident :</b>   |   |
| <b>Date de l'accident :</b>  |   |
| <b>Pour mon séjour je désire être hospitalisé(e) en chambre :</b>                          | <input type="checkbox"/> commune <input type="checkbox"/> demi-privée <input type="checkbox"/> privée       |
| <b>En cas d'hospitalisation en classe demi-privée ou privée Assurance complémentaire :</b> |   |

**Accord :** Je prends note qu'une hospitalisation en classe demi-privée ou privée engendre des frais supplémentaires importants et je m'engage à en garantir le paiement. Un dépôt de garantie sera demandé aux patient-es non assuré-es en Suisse ou non couvert-es par une assurance internationale reconnue.

**Lieu et date :** ..... **Signature :** .....

Merci de remettre le formulaire complété à votre secrétariat médical.

Si vous l'avez rempli à domicile, veuillez s'il vous plaît le renvoyer par courrier postal ou par e-mail à :  
Hôpital du Jura, site de Delémont, Accueil des Patients, 2800 Delémont  
e-mail : [accueilD@h-ju.ch](mailto:accueilD@h-ju.ch)