

Claim #

**RAPPORT D'HOSPITALISATION**

**DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES**

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, à ses frais.

Nom du patient \_\_\_\_\_

Unité de soins	Date d'admission	Heure d'admission	Date de sortie	Heure de sortie
	MM/JJ/AAAA	(H : MIN.)	MM/JJ/AAAA	(H : MIN.)
Urgence				
Soins intensifs				
Soins de courte durée				
Soins prolongés ou convalescence				
Autres unités				

Diagnostic final \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Signature et étampe du responsable du Service des archives	Signature _____	Date _____
	Nom en lettres moulées _____ Téléphone _____	

**AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS:** Par les présentes, j'autorise Combined Assurances, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tous administrateurs de programmes gouvernementaux ou d'autres programmes d'indemnisation et toute personne détenant des renseignements sur moi-même ou ma santé, les autres organisations ou fournisseurs de services collaborant avec Combined Assurances, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger des renseignements personnels lorsqu'ils se révèlent pertinents aux fins d'enquête, d'évaluation et de gestion de mes demandes de règlement.

Cette autorisation demeure valide pendant la durée de mes demandes de prestations ou jusqu'à ce que je la révoque par écrit.

Signature du réclamant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_