

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint un dossier de demande d'admission à la Clinique de la Bréhonnière pour une hospitalisation en :

Séjour simple
(Durée 15 jours)

Séjour complexe
(Durée 5 à 11 semaines)

HDJ

Voici les éléments que doit comporter votre dossier :

- une partie médicale remplie par le médecin, à nous retourner accompagnée
 - o Une copie de la dernière ordonnance si traitement en cours
 - o L'ensemble des renseignements d'ordre médical disponibles (notamment copies des comptes rendus hospitaliers et dernier compte rendu biologique)
- une partie remplie par le patient, à nous retourner avec les éléments suivants :
 - o Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
 - o Une photocopie de votre carte mutuelle ou de votre attestation CMUC en cours de validité à la date de l'hospitalisation
 - o L'autorisation d'utilisation du support photographique
 - o La fiche de désignation de la personne de confiance
 - o La Charte informatique signée

En cas de transfert d'un autre établissement de santé, il vous sera demandé un bulletin d'hospitalisation.

A réception, votre dossier sera examiné par la commission médicale. Après validation du dossier, le secrétariat vous contactera pour envisager une date d'admission.

Le jour de votre admission, en hospitalisation complète, le secrétariat vous remettra la clé de votre chambre ainsi qu'un gobelet réutilisable tout au long de votre séjour. A cet effet, nous vous demanderons de bien vouloir compléter un formulaire de cautionnement et de prévoir **une caution de 50 €** (en chèque ou en espèces). Cette caution vous sera rendue à la fin de votre hospitalisation.



DOSSIER A REMPLIR PAR LE PATIENT

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Date de Naissance : Lieu de Naissance :

Profession :

Si sans profession : Chômage Retraite Invalité AAH RSA

Situation familiale : Célibataire Marié(e) PACS Veuf (ue) Divorcé(e)

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE BESOIN :

Nom : Prénom :

Lien avec le patient (parent, proche, Médecin traitant) :

Téléphone : Mail :

COUVERTURE SOCIALE :

Caisse d'Assurance Maladie

Numéro de Sécurité Sociale :

Centre et Adresse :

Etes vous bénéficiaire : CMUC/CSS ALD Invalité

Mutuelle :

Adresse :

Téléphone :

La prise en charge de vos frais d'hospitalisation

Le ticket modérateur (20% du tarif journalier par journée d'hospitalisation et des honoraires) et le forfait journalier sont pris en charge par votre complémentaire santé (mutuelle ou CMUC), à défaut ils resteront à votre charge.

La clinique dispose de chambres particulières et la distribution des chambres se fait en fonction des disponibilités et de la validité de votre prise en charge. Si vous bénéficiez d'une mutuelle, l'attribution de la chambre particulière se fera en fonction de l'accord de cette dernière et sur la base du nombre de jours accordés. Nous vous conseillons de les contacter au plus tôt pour obtenir ces informations (A savoir : notre code activité est DMT 214), et de nous les retourner.

Si vous ne bénéficiez pas de prise en charge mutuelle, le montant du supplément chambre particulière sera à votre charge : à partir de 50 €/nuit.

La CMUC ne couvre jamais la chambre particulière.

Je demande à bénéficier d'une chambre particulière, le supplément sera pris en charge :

- Par ma mutuelle
- Par moi-même

(Un chèque de caution de 250 € vous sera demandé lors de l'attribution de la chambre particulière.)

Je m'engage, dans le cas où ma mutuelle ne les prendrait pas en compte, à régler le montant du forfait journalier et/ou ticket modérateur et/ou supplément chambre particulière pour toute la durée de mon séjour à la clinique de la Bréhonnière.

Nom Prénom :

Date :

Signature :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à remplir par le patient) :

Pour mieux personnaliser votre projet thérapeutique, nous vous invitons à nous indiquer en quelques mots :

- *Quelles sont vos attentes lors de votre séjour ?*

.....
.....
.....
.....

- *Comment pensez vous que l'on puisse vous aider au mieux ?*

.....
.....
.....
.....

- *Qu'aimeriez vous trouver au sein de notre structure ?*

.....
.....
.....
.....

Considérez-vous que vous êtes suffisamment informé sur Le Projet Thérapeutique (*) de la Clinique de La Bréhonnière?

oui non

(Si non, rapprochez-vous du médecin qui remplira votre dossier médical d'admission ou bien des praticiens qui vous ont orienté vers nous).

Acceptez-vous de signer un contrat Thérapeutique (*) pour la durée de votre programme de soins ?

oui non

Etes-vous sujet à des troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie) ?

oui non

Consommez-vous du tabac ?

oui non

Quelle est votre consommation actuelle ?

.....

Avez-vous envie d'arrêter de fumer ? oui non

Avez-vous consommé du cannabis ? oui non

Où en est votre consommation actuelle ?

.....

Avez-vous pris d'autres substances psychoactives ? oui non

Lesquelles :

.....

Si oui, où en êtes-vous de votre consommation de substances psychoactives ?

.....

.....

Avez-vous fait des tentatives de suicide ? oui non

Avez-vous actuellement des idées suicidaires ? oui non

(*) Des indications générales sur le Contrat Thérapeutique figurent dans le livret d'accueil et sur le site internet.



DOSSIER SOCIAL (à remplir par le patient)

I. Identité du Patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance : .../.../.....

II. Evaluation de la Précarité et des inégalités de santé :

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? Tutelle Curatelle Sauvegarde de Justice

Nom et adresse du représentant légal :

.....

Etes-vous en contact avec un service Social ?

oui non

Si oui, coordonnées du travailleur social :

.....

Participez-vous régulièrement à des activités de loisirs ?

oui non

Si oui, laquelle (sport, spectacle, activités manuelles) :

Rencontrez-vous des difficultés financières ?

oui non

En cas de difficultés, (hébergement, financières) pouvez-vous compter sur votre entourage ?

Oui Non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou enfants ? : Oui Non

III. Après votre séjour à la Clinique.

Retrouverez-vous votre logement ?

oui non

Avez-vous des projets, (travail, logement, famille, autre) ?

.....

DOSSIER MEDICAL (à remplir par le médecin)

Séjour simple
(Durée 15 jours)

Séjour complexe
(Durée 5 à 11 semaines)

HDJ

I. Identification du patient :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

II. Identification du médecin adresseur :

Nom :

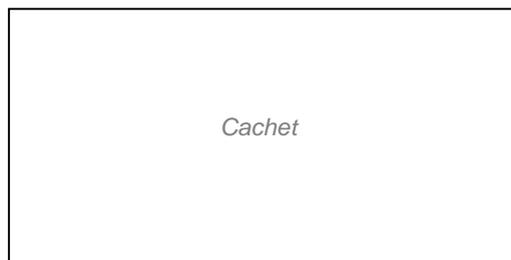
Prénom :

Fonction :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : Mail :



Êtes-vous le médecin traitant du patient ? oui non

Êtes-vous le spécialiste qui le suit ? oui non

III. Conduites addictives actuelles :

Tabac oui non

Alcool oui non

Cannabis oui non

Cocaïne oui non

Héroïne oui non

Addiction médicamenteuse? oui non

si oui quel(s) médicament(s) ?

Addiction à d'autres produits ? oui non

si oui lequel ou lesquels ?

Addiction au jeu ? oui non

Traitement de substitution aux opiacés ? oui non

Si oui lequel ?

Y a-t-il mésusage ? oui non

De quel(s) produit(s) veut se sevrer le patient ?

.....
.....
.....

IV. La demande de cure émane (plusieurs réponses possibles)

Du patient
De son entourage
D'une proposition médicale
De la justice

V. Histoire de l'addiction

Début à l'adolescence
Début à l'âge adulte
Début il y a moins de 5 ans
Début il y a plus de 10 ans

Y a-t-il eu des sevrages physiques antérieurs (hospitalisations <12j) ou des sevrages ambulatoires médicalisés ?

oui non

Si oui, précisez :

Y a-t-il eu des cures antérieures (hospitalisations >21j) ?

oui non

Si oui, précisez :



VI. Le patient a-t-il actuellement un suivi spécialisé oui non

- Psychiatre précisez
- Addictologue précisez
- Autres précisez

VII. Répercussions de l'addiction

• Physiques

- Délirium tremens oui non Ne sait pas
- Coma éthylique oui non Ne sait pas
- Convulsions oui non Ne sait pas

• Familiales :

• Sociales:

• Professionnelles :

• Conséquences médico-légales :

- Retrait ou annulation du permis de conduire? oui non Ne sait pas
- Violence à personne oui non Ne sait pas
- Obligation de soin oui non Ne sait pas
- Condamnation actuelle oui non Ne sait pas
- Jugement à venir oui non Ne sait pas

VIII. Antécédents psychiatriques :

- ✓ Etat de stress post traumatique
- ✓ Troubles bipolaires
- ✓ Troubles anxieux
- ✓ Dépressions récurrentes sous emprise d'alcool
- ✓ Dépressions récurrentes sans alcool

- ✓ Iuresses pathologiques
- ✓ Episodes psychotiques pharmaco induits
- ✓ Tentative d'autolyse sous emprise d'alcool
- ✓ Tentative d'autolyse sans alcool
- ✓ Psychose chronique
- ✓ Troubles du comportement alimentaire
- ✓ Hospitalisation en psychiatrie

Situation psychique actuelle : stable instable

IX. Antécédents somatiques (préciser si besoin) :

• Médicaux :

• Chirurgicaux:

Le patient présente-t-il une insuffisance hépatique sévère ? oui non

Existe-t-il une altération cognitive sévère ? oui non

Des troubles graves de la mémoire ? oui non

Le patient nécessite-t-il de l'O2 ? oui non

Le patient présente-t-il un état de dénutrition ? oui non

X. Autonomie du patient

Le patient est-il capable d'assurer les gestes de la vie quotidienne ? oui non

Le patient est-il capable de monter un escalier ? oui non

Le patient est-il capable de comprendre et de parler le français
sans difficulté ? oui non

Existe-t-il un déficit sensoriel (auditif ou visuel) ? oui non

Si oui, est-il sévère ou modéré ?

.....



XI. Traitement actuel (ou joindre une copie de la dernière ordonnance)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Commentaires :

Date :
Nom du praticien :

Signature :



FORMULAIRE DE CAUTIONNEMENT POUR PRESTATIONS ANNEXES

En cas de séjour simple ou séjour complexe

Je soussigné (e)

NOM de naissance..... Nom d'usage

Prénoms.....

Date et lieu de naissance.....

Adresse :

.....

FORMULAIRE DE CAUTION

Lors de mon admission, je reconnais avoir reçus les éléments suivants et m'engage à les restituer à la fin de mon séjour.

- La clé de la chambre et son tour de cou
- Un gobelet réutilisable

- Je reconnais avoir remis une caution d'un montant de 50 €
 - En chèque
 - En espèces

- Je reconnais avoir été informé qu'en cas de non restitution des éléments ci-dessus, la caution sera conservée par la Clinique.

Le

Signature du secrétariat

Signature du patient

RETOUR DE CAUTION

A la fin de mon séjour, je reconnais avoir remis au secrétariat les éléments suivants

- La clé
- Le gobelet

et récupérer ma caution de 50 €.

Le

Signature du secrétariat

Signature du patient

TARIFS PRESTATIONS

CHAMBRES PARTICULIÈRES		CHAMBRE SIMPLE	CHAMBRE CONFORT	CHAMBRE CONFORT PLUS	CHAMBRE GRAND CONFORT
TARIFS		50 euros	100 euros	150 euros	200 euros
CONDITIONS*		PEC Mutuelle	PEC Mutuelle Dépôt caution de 250,00€**	PEC Mutuelle Dépôt caution de 250,00€**	PEC Mutuelle Dépôt caution de 250,00€**
EQUIPEMENTS	Coffre-fort	X	X	X	X
	Télévision		X	X	X
	Réfrigérateur		X	X	X
	Kit Pause-café			X	X
SERVICES HOTELIERS	Kit Thé-café			X	X
	2 Repas visiteur / par semaine			X	X
	Kit hygiène				X
	Kit Peignoir				X
MULTIMEDIA	Réveil multimédia				X

*L'acceptation préalable des conditions financières, prenant en compte la partie prise en charge et acceptée de la mutuelle est nécessaire avant toute attribution.

L'établissement met tout en œuvre pour répondre aux demandes des patients dans les meilleurs délais.

**Le dépôt de garantie demandé pour la mise à disposition n'est pas encaissé et sera restitué à l'issue de l'état des lieux de sortie.

AUTRES PRESTATIONS (Hors prise en charge mutuelle)

Kit Pause-café (bouilloire/ Mug/cuillère/ plateau) : 10 € / semaine

Kit Café / Thé : 2 € / jour

Kit hygiène : 5 € l'unité

Kit Peignoir (Peignoir, drap de bain, serviette de toilette) : 60,00€ l'unité

Réveil multimédia : 60,00€ l'unité

Télévision : 10,00€ / semaine

Réfrigérateur : 10,00€ / semaine

**INFORMATION ET ACCEPTATION DES CONDITIONS
FINANCIERES DU SEJOUR CHAMBRE PARTICULIERE**

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de : Patient – Ayant-droit

Atteste expressément demander à bénéficier d'une chambre individuelle, pour la durée de mon séjour. Je choisis la chambre individuelle relevant de la catégorie :

- Simple
 Confort
 Confort plus
 Grand confort

La grille tarifaire reprenant les différentes prestations pour chacune de ces catégories m'a été remise et expliquée et je suis informé(e) que ce coût n'est pas pris en charge par la sécurité sociale :

La catégorie de chambre choisie s'élève à € par jour

Ma prise en charge mutuelle est accordée à hauteur de € par jour

Il reste à ma charge la somme de € par jour

Je suis informé(e) que si mes droits, au titre de la chambre particulière, sont épuisés auprès de ma mutuelle, j'aurais à payer en totalité la chambre individuelle ou à défaut à être réinstallé(e) dans une chambre double.

Je suis informé(e) qu'en l'absence de complément demandé par l'établissement, je pourrais, en contrepartie, être réinstallé(e) dans une chambre double.

Fait le :

Signature du patient

Visa du service

**INFORMATION ET ACCEPTATION DES CONDITIONS
FINANCIERES DES PRESTATIONS ANNEXES AU SEJOUR**

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de : Patient – Ayant-droit

Atteste expressément demander à bénéficier prestations suivantes :

La chambre particulière que j'ai choisie m'engage sur :

La catégorie de chambre choisie s'élève à - €/jour

Ma prise en charge mutuelle est accordée à hauteur de - €/jour

Il reste à ma charge la somme de - €/ jour

Ma prise en charge mutuelle ne couvre pas :

Le forfait journalier seul qui reste à ma charge pour - €/jour

Le ticket modérateur résiduel qui reste à ma charge pour - €/jour

Les prestations annexes retenues m'engagent à :

Télévision - €/semaine

Réfrigérateur - €/jour

Kit Pause-Café - €/jour

Kit Café / Thé - €/jour

Kit Hygiène - € L'unité

Réveil multimédia - € L'unité

Kit Peignoir - € L'unité

RECAPITULATIF :

Reste à charge journalier (1+2+3) - € / jour

Prestations annexes fixes (4+5) - € 14j max

Dépôt de garantie - € (Chèque non encaissé - Espèces - Autre)

Avance sur frais résiduels - € réglé par Chèque Espèces

Fait le :

Signature du patient

Visa du service

Selon l'article 9 du code civil et l'article L1110-4 du code de la santé publique, chacun a le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

AUTORISATION D'UTILISATION DU SUPPORT PHOTOGRAPHIQUE

Je soussigné (e),

NOM de naissance :Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse:

Admis au Centre de Soins de la Bréhonnière à compter du / /

autorise le Centre de la Bréhonnière à me photographier et à utiliser ce support photographique tout au long de mon séjour afin de contribuer à la sécurité de mes soins.

L'utilisation de votre photographie se fera sur support papier et numérique. Ces photographies ne seront ni communiquées à des personnes extérieures de l'établissement, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concerne est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

n'autorise pas le Centre de la Bréhonnière à me photographier.

Fait à.....le

Signature du patient :

Centre de Soins la Bréhonnière (53) -Autorisation photographie lde11titovigila11ce - Validée en COPIL le 02/12/14 et par la CNIL

IMPORTANT : En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e),
 NOM marital : Nom de jeune fille.....
 PRENOM(S) :
 DATE & LIEU NAISSANCE :
 ADRESSE :
 TELEPHONE(S) :
 FAX / @MAIL :

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue d'une hospitalisation.

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, **je m'engage à en informer par écrit l'établissement**, en remplissant la fiche de désignation.

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

Monsieur Madame Mademoiselle
 NOM marital : Nom de jeune fille.....
 PRENOM(S) :
 DATE & LIEU NAISSANCE :
 ADRESSE :
 TELEPHONE(S) :
 FAX / @MAIL :

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

Oui Non

**J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.
 Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.**

Fait à :

Signature du patient :

Le :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à :

Signature :

Le :

La personne de confiance

Vous êtes majeur(e) : vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance » que vous choisissez librement dans votre entourage.

En quoi la personne de confiance peut-elle vous être utile ?

Votre personne de confiance peut vous être très utile :

Pour vous accompagner dans vos démarches et assister à vos entretiens médicaux : ainsi pourra-t-elle éventuellement vous aider à prendre des décisions ; dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions : le médecin ou éventuellement, en cas d'hospitalisation, l'équipe qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions. Vous pouvez en outre confier vos directives anticipées à votre personne de confiance.

Aucune intervention chirurgicale ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que prioritairement la personne de confiance puis la famille ou à défaut un des proches, ait été consulté.

Quelles sont les limites d'intervention de la personne de confiance ?

La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication de votre dossier médical (à moins que vous lui fassiez une procuration expresse en ce sens). De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. En revanche, si votre personne de confiance doit être consultée parce que vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, les informations jugées suffisantes pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité lui seront communiquées.

Si vous êtes hospitalisé (e), l'avis de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais, en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision. En revanche, dans le cas très particulier de la recherche biomédicale, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer et qu'une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, l'autorisation sera demandée à votre personne de confiance.

Qui peut être désigné ?

Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un de vos parents, votre conjoint, votre compagnon ou votre compagne, un de vos proches, votre médecin traitant...

La personne que vous désignez comme personne de confiance peut être aussi celle que vous avez désignée comme « personne à prévenir » en cas de nécessité : personne de confiance et personne à prévenir peuvent ou non être la même personne.

Comment désigner la personne de confiance ?

La désignation doit se faire par écrit. Vous pouvez changer d'avis à tout moment et, soit annuler votre désignation, soit remplacer la désignation d'une personne par une autre. Dans tous les cas, il est préférable de le faire par écrit et de prendre toutes les mesures qui vous semblent utiles pour vous assurer de la prise en compte de ces changements.

Quand désigner ma personne de confiance ?

Vous pouvez désigner une personne de confiance à tout moment. Dans le cas d'une hospitalisation, vous pouvez désigner votre personne de confiance au moment de votre admission. Mais vous pouvez également le faire avant votre hospitalisation. Ce qui importe c'est d'avoir bien réfléchi et de vous être assuré(e) de l'accord de la personne que vous souhaitez désigner avant de vous décider.

La désignation faite lors d'une hospitalisation n'est valable que pour toute la durée de cette hospitalisation. Si vous souhaitez que cette validité soit prolongée, il suffit que vous le précisiez par écrit. Toutes les informations que vous aurez données à propos de votre personne de confiance seront classées dans votre dossier médical conservé au sein de l'établissement.

Dans quel cas peut-on ne pas désigner une personne de confiance ?

Si vous êtes protégé par une mesure de tutelle, vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance.

En revanche, si vous avez désigné quelqu'un antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation.

ACCES POUR LES PATIENTS AU RESEAU WIFI CLINIQUE LA BREHONNIERE : CHARTE D'UTILISATION

*Cette charte décrit les conditions d'utilisation du réseau wifi offert par le centre de soins de suite et de réadaptation
La Bréhonnière aux patients.*

L'accès wifi ne peut être utilisé que par un patient uniquement pendant la durée de son hospitalisation/sa visite :

- Il ne peut être vendu ou échangé.
- L'accès wifi est un service de la clinique de LA BREHONNIERE, il pourra être coupé à la suite de toute suspicion ou utilisation illicite de l'accès.
- L'appareil doit être en ordre de fonctionnement et en ordre de mise à jour d'antivirus.
- La clinique de LA BREHONNIERE se réserve le droit de bloquer certains services.
- Le patient doit pouvoir configurer l'accès wifi sur son appareil, aucun personnel La clinique ne pourra être appelé pour cette opération, ni en cas de problème. Le service informatique La clinique de LA BREHONNIERE n'interviendra donc jamais sur les appareils des patients.

Dans le cadre de l'usage de ce service, le patient s'interdit de :

- Récolter ou collecter toute information concernant des tiers sans leur consentement ;
- Diffamer, diffuser, harceler, traquer, menacer quiconque, ni violer les droits d'autrui ;
- Créer une fausse identité ;
- Tenter d'obtenir un accès non autorisé à un service et/ou à un fichier, ou une donnée ;
- Diffuser ou télécharger des éléments contenant des logiciels ou autres éléments protégés par les droits de propriété intellectuelle, à moins qu'il ne détienne lesdits droits ou qu'il ait reçu toutes les autorisations nécessaires pour le faire ;
- D'adresser tout message indésirable ni d'effectuer des envois de type « spamming » ;
- D'adresser tout courrier et/ou message électronique comprenant des propos menaçants, injurieux, diffamatoires, obscènes, indécents, illicites ou portant atteinte aux droits des personnes et à la protection des mineurs ;
- Transmettre tout virus, cheval de Troie, bombe logique ou tout autre programme nuisible ou destructeur pour les tiers et/ou tout utilisateur ;
- Tenter d'obtenir un accès non autorisé à un système automatisé de traitement de données et s'y maintenir ;
- Perturber les services et/ou contenus et/ou données auxquels il accède ;
- D'envoyer des chaînes de lettres ou proposer des ventes dite « boule de neige » ou pyramidale ;
- D'adresser toute publicité, message promotionnel ou tout autre forme de sollicitation ou démarchage non sollicité ;

LA CLINIQUE DE LA BREHONNIERE ne peut être en aucun cas être tenu de réparer les préjudices directs et/ou indirects subis du fait de l'utilisation du service WiFi par le patient.

La direction,

Version 2020-1

validé en CDU le