

## Demande d'admission – long séjour

**Entrée souhaitée :**

urgente

non- urgente

### Données personnelles

Nom	:	_____	Prénom	:	_____
Date de naissance	:	_____	Confession	:	_____
Adresse, NPA & lieu	:	_____			
Numéro AVS	:	_____			
E-mail	:	_____			
Commune de domicile:	_____	Domicile fiscal:	_____		
Lieu de naissance	:	_____	Lieu d'origine	:	_____
Nationalité	:	_____	Tél. mobile	:	_____
Ancienne profession	:	_____			
Nom de jeune fille et prénom de la mère:	_____				
Nom et prénom du père:	_____				
État civil depuis le	:	_____			
<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> veuf(ve)	<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> célibataire		

### Directives anticipées

Avez-vous déjà établi vos directives anticipées?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
--	------------------------------	------------------------------

### Personnes de contact

<u>Représentant administratif</u>					
Nom	:	_____	Prénom	:	_____
Adresse, NPA & lieu	:	_____			
Tél. privé	:	_____	Tél. prof.	:	_____
Tél. mobile	:	_____			
E-mail	:	_____			
Lien de parenté:					
<input type="checkbox"/> époux (se)	<input type="checkbox"/> fils (fille)	<input type="checkbox"/> représ. légal	<input type="checkbox"/> curateur		
Adressage de la facture et du courrier administratif à la personne nommée ici :		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Mode de facturation e-Bill :		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		

Représentant thérapeutique

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse, NPA & lieu : \_\_\_\_\_  
 Tél. privé : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_  
 Tél. mobile : \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté  
 époux (se)       fils (fille)       représ. légal       curateur

**Autres personnes**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse, NPA & lieu : \_\_\_\_\_  
 Tél. privé : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_  
 Tél. mobile : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté:  
 époux (se)       fils (fille)       représ. légal       autre: \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse, NPA & lieu : \_\_\_\_\_  
 Tél. privé : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_  
 Tél. mobile : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté:  
 époux (se)       fils (fille)       représ. légal       autre: \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse, NPA & lieu : \_\_\_\_\_  
 Tél. privé : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_  
 Tél. mobile : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté:  
 époux (se)       fils (fille)       représ. légal       autre: \_\_\_\_\_

### Médecin traitant

Nom	:	_____	Prénom	:	_____
Adresse, NPA & lieu	:	_____			
Tél. prof	:	_____			

### Pharmacie

Nom de la pharmacie	:	_____			
Adresse, NPA & lieu	:	_____			
Tél. prof	:	_____			

### Caisse maladie - Assurance de base

Nom caisse maladie	:	_____			
N° identification de la carte	:	_____			
Adresse, NPA & lieu	:	_____			

### Caisse maladie - Assurance complémentaire

Nom caisse maladie	:	_____			
N° identification de la carte	:	_____			
Adresse, NPA & lieu	:	_____			

### Allocation pour impotent

Êtes-vous bénéficiaire d'une allocation pour impotent ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Si oui, de quel degré?	<input type="checkbox"/>	faible	<input type="checkbox"/>	moyen	<input type="checkbox"/>	lourd

### Prestations complémentaires

Êtes-vous bénéficiaire de prestations complémentaires?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----

### Télévision

Désirez-vous un raccordement télévision dans la chambre ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
---	--------------------------	-----	--------------------------	-----

### Téléphone

Désirez-vous un raccordement téléphone dans la chambre ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----

### Autonomie pour les activités de la vie quotidienne

Etes-vous autonome pour :

- |  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| Marcher :                                | <input type="checkbox"/> oui      | <input type="checkbox"/> avec aide       |
|  | <input type="checkbox"/> canne    | <input type="checkbox"/> chaise roulante |
|  | <input type="checkbox"/> rollator |  |
| Faire votre toilette :                   | <input type="checkbox"/> oui      | <input type="checkbox"/> avec aide       |
| Vous habiller et vous déshabiller :      | <input type="checkbox"/> oui      | <input type="checkbox"/> avec aide       |
| Aller aux WC :                           | <input type="checkbox"/> oui      | <input type="checkbox"/> avec aide       |
| Vous lever, vous asseoir, vous coucher : | <input type="checkbox"/> oui      | <input type="checkbox"/> avec aide       |
| Manger :                                 | <input type="checkbox"/> oui      | <input type="checkbox"/> avec aide       |
| Veiller à votre sécurité                 | <input type="checkbox"/> oui      | <input type="checkbox"/> avec aide       |

Bénéficiez-vous de l'aide des soins à domicile ? (CMS, Spitex, etc.)  oui  non

Si oui, depuis quand ? \_\_\_\_\_ Où ? \_\_\_\_\_

Où vivez-vous actuellement?

à domicile  à l'hôpital  autre: \_\_\_\_\_

### Documents à joindre à la demande

- Copie du livret de famille ou attestation de domicile
- Copie de la carte d'assuré caisse maladie
- Copie de la carte d'identité
- Copie de la décision pour rente d'impotence (si accordée)
- Copie de la décision des prestations complémentaires (si accordée)
- Copie des directives anticipées (si existante)
- Copie de la procuration si vous avez un représentant légal
- Copie de la décision de curatelle (si existante)
- Copie de la police d'assurance RC
- Formulaire de détermination de la participation du résident aux coûts des soins

**Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.**

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_