

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 : _____