

## Demande d'admission

Long séjour

Court séjour

Foyer de jour

### 1 Données administratives

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille et prénom de la mère :

Nom et prénom du père :

Date de naissance :

Etat civil :

depuis le :

Nationalité :

Commune d'origine :

Religion :

Tél. privé :

Adresse (domicile légal) :

Papiers déposés à :

Langues parlées :

Lieu de naissance :

Domicilié(e) dans le canton depuis (année) :

No AVS :

Dernière profession :

Nom et prénom du conjoint :

No AVS du conjoint :

### 2 Assurance-maladie

Assurance-maladie :

Adresse :

No d'assuré :

### 3 Prestations complémentaires

Prestation complémentaire :

oui

non

Allocation pour impotent :

oui

non

Si oui,

légère

moyenne

lourde

#### 4 Situation actuelle

Vit à son propre domicile :  oui  non

Vit seul(e) :  oui  non

Vit avec : \_\_\_\_\_ (conjoint, enfant, etc.)

Est suivi(e) par un service de soins à domicile :  oui  non

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Lieu de séjour actuel : \_\_\_\_\_

#### 5 Représentant administratif (si existant)

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Le représentant administratif est :

un membre de la famille, lien de parenté :

une connaissance  un curateur  le mandataire pour cause d'incapacité

Tél. privé : \_\_\_\_\_

Tél. prof : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

#### 6 Directives anticipées et représentant thérapeutique

(Facultatif) La personne a élaboré des directives anticipées :  Oui  Non

(Facultatif) Nom et prénom du représentant thérapeutique nommé :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

#### 7 Personne de contact pour l'admission :

Nom et prénom de la personne de contact de l'institution pour les questions relatives aux soins et/ou dans les cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. privé : \_\_\_\_\_

Tél. prof : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Code: FOR-3.2-01	Auteur: olirue	Page: 2/3	Date: 22.01.2016
Révision: 1	Validé par: olirue	Nom du fichier: Demande d'admission.docx	

## 8 Famille et/ou proche (nom, prénom, adresse, téléphones, lien de parenté)

1.

---

---

2.

---

---

3.

---

---

Qui avertir en cas de nécessité? (nom, prénom, téléphones, lien de parenté)

---

---

---

---

## 9 Médecin

Médecin souhaité lorsque vous serez entré/e à la Résidence :

Dr Anne-C. Echegoyen                       Dr Roger Riedo                      (Médecins répondants)

Médecin traitant

## 10 Admission

Délai d'admission souhaité :

urgent

dans les 3 mois

au-delà des 3 mois

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

(le requérant ou son représentant administratif)

Code: FOR-3.2-01	Auteur: olirue	Page: 3/3	Date: 22.01.2016
Révision: 1	Validé par: olirue	Nom du fichier: Demande d'admission.docx	