

Demande d'admission à la résidence Hébron

IDENTITÉ DU RÉSIDENT

Nom :		Nom de jeune fille :	
Prénom-s :		Sexe :	
Date de naissance :		Lieu de naissance :	
Adresse légale : (papiers déposés)		Nationalité : Permis :	
Lieu d'origine :		En Suisse depuis :	
Langue maternelle :		Langue(s) parlée(s) :	
Etat civil :		Depuis le :	
No AVS		No portable :	
Confession :		Profession :	
Nom du conjoint :		Adresse du conjoint :	
Tél. conjoint :		Caisse Maladie	
Caisse maladie		No de carte maladie	
Assurance complémentaire		Compte IBAN pour remboursement de la caution	

Remarques : _____

ADRESSE ACTUELLE

<input type="checkbox"/> Domicile, adresse	
<input type="checkbox"/> Autre EMS, lequel	
<input type="checkbox"/> Hospitalisé-e au moment de la demande	Lieu / Raison :

REPRÉSENTANT FINANCIER

Nom prénom :		
Tél. fixe :	Adresse :	
Tél. portable :	Email :	
Lien :		

REPRÉSENTANT THERAPEUTIQUE

Nom prénom :		
Tél. fixe :	Adresse :	
Tél. portable :	Email :	
Lien :		

DATE D'ENTRÉE / TYPE D'UNITE / TYPE SEJOUR

- de Suite Dès péjoration de l'état de santé, inscription préventive. A contacter à chaque nouvelle disponibilité.
- Long séjour Court séjour
- Unité ouverte Unité protégée

MÉDECIN DE FAMILLE

Nom et adresse : _____

DIRECTIVES ANTICIPÉES RÉDIGÉES

- Oui Non

CAUTION

Le résident s'acquittera d'une caution de Fr. 6'000.- avant son entrée à la Résidence Hébron. A noter qu'elle n'est pas porteuse d'intérêts. A la fin du contrat, le résident convient que les dettes subsistantes seront déduites de cette caution et que le montant restant sera versé sur un compte déterminé par ses soins. **Je confirme avoir pris connaissance de cette clause.**

Date et lieu : _____

Nom et signature de la personnes responsable : _____

DOCUMENTS À TRANSMETTRE

- Certificat médical
- Carte identité
- Carte d'assurance maladie
- Acte de nomination si curatelle

Dossier électronique du patient (DEP)

Avez-vous déjà effectué une inscription pour un dossier électronique du patient (DEP) (dossier de santé disponible en ligne) qui vous appartient et qui contient des documents de santé utiles en cas de traitement ?

Merci de répondre par oui ou par non _____

Protection des données

Les données personnelles fournies dans le cadre de cette inscription seront utilisées exclusivement pour le traitement de celle-ci. La personne inscrite sera informée par écrit de toute décision ou évolution liée à son dossier. Une fois l'inscription finalisée et les démarches administratives clôturées, les données seront supprimées conformément aux dispositions légales en vigueur.

SIGNATURES

Date : _____

Resident: _____

Representant financier: _____