

Veillez remplir la demande d'admission et la retourner à l'adresse ci-contre.

Ce document permet une inscription sur notre liste d'attente. Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.

Demande d'admission

Court séjour

Long séjour

Madame

Monsieur

Nom _____

Prénom _____

Origine _____

Nationalité _____

Date de naissance _____
jour mois année

N° AVS _____

Lieu de naissance _____

Religion catholique protestant

autre _____

Nom d'alliance, de jeune fille _____

Etat civil marié veuf divorcé célibataire

Dernier domicile

Adresse _____

NPA / localité _____

Téléphone _____

Papier déposés dans le canton depuis

_____ jour mois année

Le résident vient de

la maison

l'hôpital _____

autre institution _____

à remplir par le RSG uniquement

Date de réception (JJ.MM.AA)

_____ . _____ . _____

Date enregistrement liste d'attente

_____ . _____ . _____

Visa

Assurance maladie

Nom _____

Adresse _____

NPA / localité _____

N° d'assuré _____

Lamal (assurance de base) oui non

Laclaa (assurance complémentaire) oui non

Représentant administratif

Madame

Monsieur

Lien de parenté _____

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

NPA / localité _____

Téléphone _____

Curateur (joindre l'acte de nomination) oui non

Le résident vit accompagné oui non

Vous désirez séjourner dans l'EMS de

(uniquement pour les longs séjours)

Si oui par _____

Billens

Soins à domicile oui non

Siviriez

Vuisternens-devant-Romont

Médecin traitant

Nom _____

Souhaitez-vous visiter
nos établissements?

oui non

Prénom _____

Adresse _____

NPA / localité _____

Délai d'admission

Téléphone _____

urgent

dans les 3 mois

Directives anticipées oui non

au-delà des 3 mois

Personnes à contacter

Nom _____	_____	_____	_____
-----------	-------	-------	-------

Prénom _____	_____	_____	_____
--------------	-------	-------	-------

Parenté _____	_____	_____	_____
---------------	-------	-------	-------

Tél. privé _____	_____	_____	_____
------------------	-------	-------	-------

Tél. prof. _____	_____	_____	_____
------------------	-------	-------	-------

Adresse _____	_____	_____	_____
---------------	-------	-------	-------

NPA _____	_____	_____	_____
-----------	-------	-------	-------

Localité _____	_____	_____	_____
----------------	-------	-------	-------

Email _____	_____	_____	_____
-------------	-------	-------	-------

Date _____ Lieu _____

Signature

du résident ou du représentant administratif