



Demande d'admission pour un séjour en EMS

Comment procéder ?

☞ Remplir ce questionnaire en renseignant **toutes** les rubriques. Le retourner avec **toutes** les pièces justificatives.

Si vous avez des hésitations ou des questions, nous restons volontiers à votre entière disposition pour y répondre.

Contact : Tel : 027 345 42 00 - foyer@hautdecry.ch

Lit d'attente

Court séjour

Long séjour

Données personnelles

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Confession : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

Lieu de naissance : _____

Commune de domicile : _____

Depuis le : _____

N° de téléphone : _____

Numéro AVS : _____

Prénom époux(se), même si décédé : _____

N° téléphone : _____

Nationalité : _____

Originaire de : _____

Nom et prénom du père : _____

Nom et prénom de la mère : _____

Adressage de la facture et du courrier administratif: oui

non

État civil : célibataire marié(e) séparé veuf(ve) depuis _____ divorcé(e) depuis _____

Où vivez-vous actuellement?

à domicile à l'hôpital autre: _____

Numéro de natel : _____

Adrse e-mail : _____

Personnes de contact

Représentant administratif

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

Lien de parenté : _____

Tél. privé : _____

Tél. prof. : _____

Tél. mobile : _____

E-mail : _____

époux (se) fils (fille) représ. légal autre: _____

Adressage de la facture et du courrier administratif : oui

non



Représentant thérapeutique (ce n'est pas le médecin traitant)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____

Tél. mobile : _____ E-mail : _____

Lien de parenté:

époux (se) fils (fille) représ. légal autre: _____

Adressage du courrier administratif: oui non

Autres membres de la famille

Nom, Prénom :

Adresse :

NPA, Lieu :

Tél. privé/Natel :

Tel. prof.

Email :

Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Adresse :

NPA, Lieu :

Tél. privé/Natel :

Tel. prof.

Email :

Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Adresse :

NPA, Lieu :

Tél. privé/Natel :

Tel. prof.

Email :

Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Adresse :

NPA, Lieu :

Tél. privé/Natel :

Tel. prof.

Email :

Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Adresse :

NPA, Lieu :

Tél. privé/Natel :

Tel. prof.

Email :

Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Adresse :

NPA, Lieu :

Tél. privé/Natel :

Tel. prof.

Email :

Lien de parenté :



Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse, NPA, Lieu : _____
N° de téléphone : _____

Pharmacie

Nom de la pharmacie : _____
Adresse, NPA, Lieu : _____
N° de téléphone : _____

Caisse maladie

Nom de la caisse : _____ N° d'assuré : _____
Adresse, NPA, Lieu : _____

Dossier électronique du patient

Êtes-vous déjà en possession d'un DEP (dossier électronique du patient) ? oui non
Si non, aimeriez-vous adhérer? oui non

Vote

Votez-vous? oui non
(Si la réponse est « non » en raison d'incapacité de discernement, il est obligatoire de fournir un certificat médical l'attestant)

Rente d'impotence

Êtes-vous bénéficiaire d'une rente d'impotence? oui non
Si oui, pour quel degré? faible moyen grave

Prestations complémentaires

Êtes-vous bénéficiaire de prestations complémentaires? oui non

Incontinence

Le médecin a-t'il déjà prescrit une ordonnance ? oui non

Directives anticipées

Avez-vous déjà établi vos directives anticipées ? oui non

Télévision

Souhaitez-vous le raccordement pour la télévision ? oui non

Téléphone

Souhaitez-vous le raccordement pour le téléphone ? oui non



Argent de poche

Souhaitez-vous déposer de l'argent de poche ?

oui

non

Qui gère l'argent de poche ?

Lingerie (à remplir uniquement pour un court séjour)

Les habits sont étiquetés et lavés par le Foyer ?

oui

non

Durant la nuit, souhaitez-vous être contacté en cas de :

Besoin d'hospitalisation?

oui

non

Péjoration grave de l'état de santé?

oui

non

Décès?

oui

non

Si oui, Qui devons-nous contacter? _____



Inscription préventive

Inscription urgente

Documents à joindre à la demande (à cocher par le secrétariat)

- Copie de la carte d'assuré caisse maladie
- Copie de la carte d'identité
- Copie de la procuration si vous avez un représentant légal
- Copie de la décision de curatelle (si existante)
- Histoire de vie

- Attestation de domicile
- Demande de renseignements pour le médecin traitant
- Copie de l'ordonnance d'incontinence (si existante)
- Copie de la décision pour rente d'impotence (si accordée)
- Copie de la police d'assurance RC
- Formulaire détermination de la participation des assurés aux coûts des soins
- Preuve du paiement de la caution après réception de la facture et/ou bulletin de versement
- Directives anticipées
- Certificat médical d'incapacité de discernement

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

Date : _____ Signature : _____

La demande d'admission ne sera prise en considération uniquement si elle est complète et accompagnée de tous les documents demandés.

Cadre réservé à l'administration	
Date d'entrée : _____	Date de sortie : _____
Raison du séjour : _____	N° chambre : _____
Caution payée le : _____	Autre : _____