

## Formulaire d'admission

Nom de l'institution :


Date d'entrée :	Service :
Heure :	Chambre no. :
Chambre 1 lit : <input type="checkbox"/> Chambre 2 lits <input type="checkbox"/> Autre catégorie : <input type="checkbox"/>	


Provenance :  Hôpital Nom :  
 Home Nom :  
 Domicile

### Données d'identité


Nom :	Prénom :
Adresse :	NP Domicile :
Date de naissance :	Etat civil :
Nom jeune-fille :	Origine :
Nouv. No. AVS :	Confession :
No EROS :	Impotence :

### Personnes de contact

Nom prénom :	Lien :
Adresse :	NP domicile :
	Tél. mobile :
Tél. professionnel :	

Nom prénom :	Lien :
Adresse :	NP domicile :
	Tél. mobile :
Tél. professionnel :	

**Répondant administratif et financier**  Lien familial  Curateur  Répondant administratif  Autre

Nom prénom :	
Adresse :	NP domicile :
	Tél. mobile :
Tél. professionnel :	

**Données de séjour**

Classe :	Temps soins :
Type patient : PLEX <input type="checkbox"/> PLAISIR <input type="checkbox"/>	

**Assurance**

Assurance maladie de base :	No assuré :
Complémentaire :	No assuré :

Recevez-vous une allocation d'impotence :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres rentes :
Rente AVS :	Rente AI :		
Prestations complémentaires	<input type="checkbox"/> PC domicile	<input type="checkbox"/> PC home	

**Médecins**

Médecin traitant :
Médecin envoyeur :