

DEMANDE D'ADMISSION

Long séjour Court séjour Foyer de jour (à Jeuss)

Homes du réseau de sante du Lac (RSL) à :

Courtepin Jeuss Kerzers Murten Sugiez

Partenaires:

Senevita Beaulieu Morat Alterheim Ulmiz Hospiz St. Peter Gurmels

En cas d'inscription dans plusieurs homes du RSL, veuillez indiquer la priorité.

Données personnelle

Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse: _____ Lieu: _____
 Date de naissance: _____ No de téléphone: _____
 Adresse e-mail: _____ Etat civil: _____ depuis: _____
 Lieu d'origine: _____ Nationalité: _____
 Confession: _____ No AVS: _____
 Langue maternelle: _____ Autres langues parlées: _____
 Nom, prénom Domicilié(e) dans le canton depuis (année): _____
 conjoint(e): _____ Dernière profession: _____

Assurance maladie

Caisse maladie: _____ No de carte: _____
 Couverture d'assurance: Division commune Division commune (CH)
 Division mi-privée Division privée

Prestations complémentaires

Prestation complémentaire: oui non
 Allocation pour impotents: oui non
 Si oui: légère moyenne lourde

Situation actuelle

Vit à son propre domicile: oui non
 Vit seul (e): oui non
 Vit avec: _____
 Suivi par un service de soins à domicile: oui non
 Lieu de séjour actuel: _____
 Nom et adresse du médecin traitant: _____



AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36
 3280 Murten

T 026 672 34 00
 koordination@rsl-gns.ch

Représentant administratif (si existant)

Nom et prénom: _____
 Adresse, lieu: _____
 No de téléphone / no de natel: _____ / _____
 Adresse e-mail: _____

Le représentant administratif est: un membre de la famille, lien de parenté:
 une connaissance un curateur le mandataire pour cause d'incapacité

Directives anticipées et représentant thérapeutique

La personne a élaboré des directives anticipées : oui non
 Nom et prénom du représentant thérapeutique : _____
 Adresse, lieu: _____
 No de téléphone / no de natel : _____ / _____
 Adresse e-mail: _____

Personne de contact pour l'admission

Nom et prénom: _____
 Adresse, lieu: _____
 No de téléphone / no de natel: _____ / _____
 Adresse e-mail: _____

Membres de la familles ou proches

Nom, prénom, adresse, no de téléphone, adresse e-mail, lien de parenté

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Admission

Délai d'admission souhaité? Urgent (dès que possible) En cas de besoin
 Date: _____ Signature: _____



HOME PFLEGEHEIME | SPITEX | Foyer de jour TAGESSTÄTTE | Puériculture MÜTTER-/VÄTERBERATUNG

AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36 | T 026 672 34 00
 3280 Murten | koordination@rsl-gns.ch