

DEMANDE D'ENTRÉE A COMPLÉTER ENTIÈREMENT

Données personnelles

Nom _____	Nom (de célibataire) _____
Prénom _____	Lieu d'origine _____
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____
No AVS _____	Profession _____
Etat civil _____	Depuis _____
Confession _____	Lieu de séjour actuel _____
Dernière adresse _____	NPL & Localité _____
Nom de la localité où les papiers sont déposés _____	
Rente d'impotance (oui ou non) _____	Si oui, degré _____ dès le _____
Langue maternelle _____	
Téléphone _____	Adresse mail _____
Nom conjoint _____	Prénom du conjoint _____
Caisse maladie _____	Agence / Lieu _____
No membre _____	Téléphone _____
Médecin de famille (Nom, lieu et no de téléphone) _____	_____

Niveau de dépendance de la personne (à cocher)

- ☐ complètement indépendante
- ☐ besoin d'aide partielle
- ☐ soins journaliers
- ☐ soins à domicile ou aide familiale
- ☐ soins permanents (jour et nuit)

Demande d'entrée (à cocher) :

☐ définitive ☐ provisoire ☐ urgente autre _____

Êtes-vous annoncé(e) dans une autre institution ? Si oui, merci d'indiquer le nom et le lieu :

Les documents ci-dessous sont à remettre **au plus tard la veille de l'entrée** dans notre institution :

- mandat pour cause d'incapacité (si existant ou si la personne est apte à le compléter)
- directives anticipées (si existantes ou si la personne est apte à les compléter)
- certificat médical du médecin traitant

Inscrivez ci-après les personnes de contact « Famille - Ami(e) - Responsable »

Nom 1. _____ Prénom _____
Adresse _____ NPL & Localité _____
Téléphone Privé _____ Téléphone prof. _____
Adresse mail _____
Préciser le lien de parenté _____
(fille, neveu, ami, etc.)

Nom 2. _____ Prénom _____
Adresse _____ NPL & Localité _____
Téléphone Privé _____ Téléphone prof. _____
Adresse mail _____
Préciser le lien de parenté _____
(fille, neveu, ami, etc.)

Nom 3. _____ Prénom _____
Adresse _____ NPL & Localité _____
Téléphone Privé _____ Téléphone prof. _____
Adresse mail _____
Préciser le lien de parenté _____
(fille, neveu, ami, etc.)

Veillez noter le nom de la personne responsable pour le paiement des factures de pension et soins

Nom _____ Prénom _____
Adresse _____ NPL & Localité _____
Téléphone Privé _____ Téléphone prof. _____
Adresse mail _____
Remarques – observations _____

Veillez prendre connaissance des recommandations CURAVIVA sur l'*Ethique (fiche d'information)*, le *Nouveau droit de la protection de l'adulte en EMS* et des différents formulaires complémentaires qui sont disponibles sur notre site internet www.home-oasis.ch sous l'onglet «*Formulaires*».

Remarque : l'inscription de la personne n'engage à rien ni légalement ni financièrement. Nous vous remercions de bien vouloir nous informer si elle trouvait une autre place ou si elle venait à décéder.

Déclaration de consentement pour l'utilisation des données personnelles

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

En signant ce document, j'accepte que mes données personnelles y relatives soient mises à disposition dans le système informatique du Home Oasis SA.

La collection de données a l'objectif d'avoir toutes les données pour une prise en charge optimale.

Selon la loi de protection de données suisse, je dispose d'un droit à l'information et à la correction.

J'ai le droit de révoquer totalement ou partiellement cette déclaration à tout moment.

Lieu et date _____ Signature _____