



DEMANDE D'ADMISSION

Veuillez remplir la demande d'admission et la retourner à l'adresse ci-dessous. Ce document permet une inscription sur notre liste d'attente. Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.

Réseau Santé et Social de la Veveyse
Centre de coordination
Rte des Misets 3
1618 Châtel-St-Denis

☎ 021 948 61 61
coordination.veveyse@rssv.ch
www.rssv.ch

Type d'accueil ☐ Court séjour
☐ Long séjour
☐ Foyer de jour

Etablissement souhaité

☐ Maison St-Joseph
☐ Le Châtelet

Données personnelles ☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Origine _____

Nationalité _____

Date de naissance _____

N° AVS _____

Lieu de naissance _____

Religion _____

Nom d'alliance, de jeune fille _____

Etat civil _____

Papiers déposés dans le canton depuis le _____

Situation actuelle

vient de

☐ la maison

☐ d'un hôpital : _____

☐ d'une autre institution : _____

vit

☐ seul

☐ accompagné par : _____

Est au bénéfice de soins à domicile ☐ oui ☐ non

Délai d'admission ☐ Urgent
☐ Dans les 3 mois
☐ Au-delà de 3 mois

Visite de l'établissement souhaitée

(Obligatoire avant l'entrée pour la Maison St-Joseph)

☐ Oui
☐ Non

Dernier domicile

Adresse _____

NPA / Localité _____

Téléphone _____

Mail _____

Assurance maladie LaMal

(joindre copie de la carte d'assuré)

Nom _____

Adresse _____

NPA/Localité _____

N° d'assuré _____

LCA (assurance complémentaire) ☐ oui ☐ non

Si oui, nom de la LCA : _____

Prestations complémentaires ☐ oui ☐ non

Allocation pour impotent ☐ léger ☐ moyen ☐ lourd

Médecin traitant ☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

NPA/Localité _____

Téléphone _____

**Représentant administratif**☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

NPA / Localité _____

Téléphone _____

Mail _____

Lien de parenté _____

Curateur ☐ oui, joindre l'acte de nomination ☐ non**Directives anticipées**☐ oui ☐ non**Représentant thérapeutique**☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

NPA / Localité _____

Téléphone _____

Mail _____

Personnes à contacter

	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom	_____	_____	_____
Prénom	_____	_____	_____
Lien de parenté	_____	_____	_____
Tél. privé	_____	_____	_____
Tél. portable	_____	_____	_____
Mail	_____	_____	_____
Adresse	_____	_____	_____
NPA / Localité	_____	_____	_____

Date et lieu _____

Signature* _____

** Par ma signature, j'autorise la transmission des informations utiles aux professionnel-les et institutions du réseau de soins (Hôpitaux, EMS, infirmiers-ères indépendant-e-s, médecins, physiothérapeutes, etc.).*

A remplir par le centre de coordination uniquement

Date de réception _____

Date du préavis de l'infirmier-ère de coordination _____

Visa _____

Créé le: 17.04.2019 Propriétaire : RS Validé par : RS/Homes GU : Public Révisé le : --.--.----