

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 personnelles

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

Financement

Le coûts pour les résidents pour d'un séjour en EMS s'élèvent à environ Fr. 200.00/jour.

J'ai pris connaissance de l'information relative aux frais à la charge des résidents.

Pro Senectute Fribourg ou les services sociaux des communes proposent des conseils financiers. En cas de questions, adressez-vous à Pro Senectute, Passage du Cardinal 18, 1700 Fribourg, 026 347 12 40, info@fr.prosenectute.ch.



AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36
3280 Murten

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

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: _____

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
3280 Murten

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