

1. Identité

Appellation Monsieur Madame

Nom de famille _____

Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Date de naissance _____ No AVS _____

Nationalité CH autre (pays) _____

Lieu d'origine _____ Canton d'origine _____

Langue maternelle français autre _____

Etat civil célibataire marié·e ¹⁾²⁾ partenariat enregistré ¹⁾²⁾
 séparé·e ¹⁾ divorcé·e ¹⁾ veuf·veuve ¹⁾²⁾

1) Depuis (jour mois année) _____

2) Conjoint·e Nom _____

Prénom _____

Faites-vous ménage commun oui non

Confession _____ Ancienne profession _____

Nom / prénom du père _____

Nom de jeune fille / prénom de la mère _____

2. Adresse de domicile

Rue / numéro _____

NPA / lieu _____

Téléphone _____ Courriel _____

3. Situation actuelle

Où séjournez-vous à domicile à l'hôpital de _____

autre (précisez) _____

Médecin traitant nom / prénom _____

localité _____

Représentation thérapeutique

- Je gère mes intérêts thérapeutiques et médicaux de manière autonome
- Je délègue une personne pour gérer mes intérêts thérapeutiques et médicaux
- Un-e curateur-trice représente mes intérêts thérapeutiques et médicaux

Appellation Monsieur Madame

Nom / prénom _____

Rue / numéro _____

NPA / lieu _____

Téléphone _____ Courriel _____

Relation (fils, époux, etc) _____

6. Contacts

Si vous avez des enfants, nous vous remercions de les mentionner ci-dessous, à défaut de mentionner la parenté la plus proche.

Appellation Monsieur Madame

Nom / prénom _____

Rue / numéro _____

NPA / lieu _____

Téléphone _____ Courriel _____

Relation (fils, époux, etc) _____

Appellation Monsieur Madame

Nom / prénom _____

Rue / numéro _____

NPA / lieu _____

Téléphone _____ Courriel _____

Relation (fils, époux, etc) _____

Appellation Monsieur Madame
Nom / prénom _____
Rue / numéro _____
NPA / lieu _____
Téléphone _____ Courriel _____
Relation (fils, époux, etc) _____

Appellation Monsieur Madame
Nom / prénom _____
Rue / numéro _____
NPA / lieu _____
Téléphone _____ Courriel _____
Relation (fils, époux, etc) _____

Appellation Monsieur Madame
Nom / prénom _____
Rue / numéro _____
NPA / lieu _____
Téléphone _____ Courriel _____
Relation (fils, époux, etc) _____

Appellation Monsieur Madame
Nom / prénom _____
Rue / numéro _____
NPA / lieu _____
Téléphone _____ Courriel _____
Relation (fils, époux, etc) _____

7. Remarques

--

8. Copies de documents à fournir

Documents	Inscription urgente	inscription court séjour	inscription préventive
Pièce d'identité	✓	✓	✓
Procuration / décision de représentation / curatelle	✓	✓	✓
Attestation de domicile récente (~1 mois)	✓	✓	
Livret de famille	✓	✓	
Carte d'assurance-maladie LAMal	✓	✓	
Décision d'allocation pour impotent (si existante)	✓	✓	
Décision de prestations complémentaires ou preuve de demande en cours (si existante)	✓	✓	
Directives anticipées (si existantes)	✓	✓	
Formulaire de participation aux coûts des soins (annexé)	✓		

Lieu et date _____

Demande faite par
(nom / prénom) _____