

**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 <sup>1)2)</sup>  partenariat enregistré <sup>1)2)</sup>  
 séparé·e <sup>1)</sup>  divorcé·e <sup>1)</sup>  veuf·veuve <sup>1)2)</sup>

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 \_\_\_\_\_

Pharmacie nom \_\_\_\_\_

localité \_\_\_\_\_

Assurance LAMal nom \_\_\_\_\_

Etes-vous au bénéfice de prestations complémentaires  oui  non  demande en cours

Etes-vous au bénéfice d'une allocation d'impotence  oui  non  demande en cours

#### 4. Projet

Inscription  urgente (entrée prévue dans les 3 mois)  préventive  
 court séjour (suivi d'un retour à domicile)

Chambre désirée  individuelle  2 lits  
 accepte une chambre à 2 lits en attente d'une chambre individuelle

Motifs de la demande  
(en quelques mots)

#### 5. Représentation

##### Autorisation

J'autorise /  Je n'autorise pas l'institution à se renseigner sur mon état de santé auprès de mon médecin traitant.

##### Représentation administrative

- Je gère mes affaires administratives de manière autonome
- Je délègue une personne pour gérer mes affaires administratives
- Un·e curateur·trice représente mes affaires administratives

Appellation  Monsieur  Madame

Nom / prénom \_\_\_\_\_

Rue / numéro \_\_\_\_\_

NPA / lieu \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Relation (fils, époux, etc) \_\_\_\_\_

### 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 (si existante)	✓	✓	✓
Attestation de domicile récente (~1 mois)	✓	✓	
Livret de famille	✓	✓	
Carte d'assurance-maladie LAMal	✓	✓	
Certificat de vaccination ou preuve d'infection à la COVID-19 (si existante)	✓	✓	
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) \_\_\_\_\_