

INSCRIPTION

- Provisoire
- Urgent (joindre certificat médical)

Données personnelles

Prénom, Nom (avec nom de jeune fille)

Rue

NPA, Localité

Téléphone / mobile

E-Mail

Date de naissance

Lieu de naissance

Etat civil

Nom épouse / époux

Confession

Lieu d'origine

No. AVS 756.

Nom caisse-maladie

No. carte 807560

Médecin traitant / Nom et Adresse

Personne référente

Soi-même Proche/Personne de référence Médecin

Entrée de/du

Domicile Hôpital Clinique REHAB EMS

Prestations complémentaires

oui non demande en cours
 demande pas encore faite

Directives anticipées existantes

oui non

Curatelle

oui non demande en cours demande pas encore faite

Nom curateur/trice (apporter nomination lors de l'entrée)

Destinataire de la facture

■ Résident/-e

ou :

Prénom, Nom

Rue

NPA, Localité

Téléphone, mobile

E-Mail

Degré de parenté

1^{ère} personne de contact

Prénom, Nom

Rue

NPA, Localité

Téléphone, mobile

E-Mail

Degré de parenté

Représentant légal

Prénom, Nom

Rue

NPA, Localité

Téléphone, mobile

E-Mail

Lieu, date

Signature