

Demande d'admission

Données de base	
Numéro AVS: 756. _____ . _____ . ____	Titre:
Nom:	Prénom:
Etat civil:	Adresse:
NPA:	Localité:
Canton:	Pays:
Date de naissance:	Lieu d'origine:
Lieu de naissance:	Nationalité:
Téléphone:	Téléphone secondaire:
Sous curatelle: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <i>Si oui, svp joindre l'acte de nomination</i>	
Situation lors de la demande	
Actuellement: <input type="radio"/> Hospitalisé(e) <input type="radio"/> A domicile Autre:	Vit: <input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> Avec conjoint <input type="radio"/> Avec enfant(s) <input type="radio"/> Animaux de compagnie Autre:
Intervention soins à domicile: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Intervenant soins à domicile:
Contact de l'intervenant soins à domicile:	
Foyer de jour: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Hospitalisé(e): <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Hospitalisé(e) depuis le:	Etablissement:

Prestations et allocations	
Allocation:	
<input type="radio"/> Rente AVS <input type="radio"/> Rente AI <input type="radio"/> Allocation impotence	
Prestations complémentaires: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Indemnité forfaitaire: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Informations complémentaires	
Habite le canton de Fribourg depuis plus de 2 ans: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Papiers déposés à:
Langues:	Directives anticipées: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Religion:	Dernière profession:
Assurance maladie	
Compagnie:	Numéro d'assuré:
Numéro de carte: 807. ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____	
Médecin traitant	
Nom:	Prénom:
Téléphone:	E-mail:
Adresse:	NPA:
Localité:	
Demande de séjour	
Type: <input type="radio"/> Court séjour <input type="radio"/> Long séjour <input type="radio"/> Foyer de jour	Délai d'admission: <input type="radio"/> urgent <input type="radio"/> non-urgent
Choix EMS: 1. 2. 3.	Ne souhaite pas aller à: 1. 2. 3.
Représentant administratif	
Titre:	Nom:
Prénom:	Adresse:
NPA:	Localité:
Pays:	Lien de parenté:
E-mail:	Téléphone:
Téléphone secondaire:	

Contact admission	
Titre:	Nom:
Prénom:	Adresse:
NPA:	Localité:
Pays:	Lien de parenté:
E-mail:	Téléphone:
Téléphone secondaire:	
Représentant thérapeutique	
Titre:	Nom:
Prénom:	Adresse:
NPA:	Localité:
Pays:	Lien de parenté:
E-mail:	Téléphone:
Téléphone secondaire:	
Proche 1	
Titre:	Nom:
Prénom:	Adresse:
NPA:	Localité:
Pays:	Lien de parenté:
E-mail:	Téléphone:
Téléphone secondaire:	
Proche 2	
Titre:	Nom:
Prénom:	Adresse:
NPA:	Localité:
Pays:	Lien de parenté:
E-mail:	Téléphone:
Téléphone secondaire:	
Proche 3	
Titre:	Nom:
Prénom:	Adresse:
NPA:	Localité:
Pays:	Lien de parenté:
E-mail:	Téléphone:
Téléphone secondaire:	

Proche 4	
Titre:	Nom:
Prénom:	Adresse:
NPA:	Localité:
Pays:	Lien de parenté:
E-mail:	Téléphone:
Téléphone secondaire:	
Demande remplie par	
Titre:	Nom:
Prénom:	Fonction:
E-mail:	Téléphone:

Date:

Signature: