

DEMANDE D'ADMISSION

DONNÉES PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe M F
Adresse : _____ NPA/Lieu : _____ Canton : _____
Date de naissance : _____ Originaire de : _____ Domicile fiscal : _____
Etat civil : _____ Langue maternelle : _____
Prénom du père : _____ de la mère : _____ Nom de jeune fille : _____
Nationalité : _____ Confession : _____
Tél. privé : _____ Natel : _____ Adresse e-mail : _____
Médecin de famille : _____
Adresse : _____ N° de téléphone : _____

ASSURANCES

Assurance de base (LAMal) : _____ N° d'assuré : _____
Assurance complémentaire (LCA) : _____ N° d'assuré : _____
N° AVS : 756. _____
Copie ou double de la carte d'assuré caisse-maladie

RÉSEAU

Infirmière, EMSP, autre : _____ Tél. : _____
Provenance : _____
Curateur, tuteur, représentant légal : _____
Représentant thérapeutique : _____
Représentant administratif : _____
Autres : _____

PROCHES – ADRESSES DE CONTACT

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ NPA/ Lieu : _____

Tél. privé : _____ Natel : _____ Adresse e-mail : _____

Relation avec le patient : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ NPA/ Lieu : _____

Tél. privé : _____ Natel : _____ Adresse e-mail : _____

Relation avec le patient : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ NPA/ Lieu : _____

Tél. privé : _____ Natel : _____ Adresse e-mail : _____

Relation avec le patient : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ NPA/ Lieu : _____

Tél. privé : _____ Natel : _____ Adresse e-mail : _____

Relation avec le patient : _____

DOCUMENTS À TRANSMETTRE

DMST, Ordonnance, documents médicaux, directives anticipées

Autres :

- Copie de la carte d'assuré caisse-maladie
- Copie de la carte d'identité
- Copie du livret de famille
- Copie décision représentation légale (si existe) pour adresse courrier, factures etc...
- Copie de la décision allocation impotence (si existante)

DIAGNOSTIC / DONNÉES MÉDICALES

Diagnostic(s) principaux	
Symptômes	
Status	
Traitements particuliers	
Particularités	
Objectifs d'hospitalisation	

Médecin / Hôpital envoyeur : _____ Tél. : _____

Lieu et date : _____ Timbre / Signature :

Formulaire à renvoyer à l'adresse : soins.lamaison-azur@hin.ch