

DOSSIER ADMINISTRATIF D'ADMISSION

Madame / Monsieur :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Nationalité :
Etat civil :
Langue :
N° de carte identité :
Numéro national :
Provenance : Domicile
 Autre maison de repos
Hospitalisation : oui / non
Vaccin : oui/non Nom du vaccin :
Date 1 : Date 2 :

Joindre une copie R/V de la carte d'identité

Date arrivée :
Heure arrivée :
N° chambre :
 Court Séjour Date de fin :
 Long séjour
Mutuelle :

VIGNETTE OA

Personnes de contact : Prévenir la nuit : Oui Non

Nom et prénom.....
N° tél :
E-mail :
Lien de parenté :

Nom et prénom.....
N° tél :
E-mail :
Lien de parenté :

Facturation : Administration de biens Réquisitoire d'un CPAS

Nom et prénom :
Adresse de facturation :
N° téléphone et e-mail :

Médecin traitant :

Docteur (obligatoire à l'entrée) : Nouveau docteur à choisir
Adresse et n° téléphone :
Est-il prévenu ? oui / non Si médecin non prévenu, appeler directement

Choix de la chambre :

Chambre individuelle (20 m²) Avec terrasse
 Chambre double (30 m²) Chambre individuelle communicante (20 m²)
 Chambre individuelle supérieure (28 m²)

Autres :

Linge : Résidence Famille

Boissons: Résidence Famille

Transport : Résidence Famille

Produits d'Hygiène: Résidence Famille

Hôpital souhaité : SPO
 HBW

Prise en charge des médicaments :
 Résidence Famille

La personne fume-t-elle ? oui / non

Le futur résident a-t-il marqué son accord pour rentrer en maison de repos : oui / non

Date de la demande :

Signature :