



## DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL

Urgente

Préventive

### É M E T T E U R

#### Formulaire rempli par:

Nom : .....

.....

.....

Lien: .....

.....

Date: .....

#### Personne ou service à contacter:

Nom: .....

.....

☎: .....

#### Médecin responsable:

.....

☎: .....

@: .....

Destinataire:

**CONFIDENTIEL**

EMS NOUVEAU KERMONT  
Service des admissions  
Ch. Des Châtaigniers 24  
1292 Chambésy

### MOTIF DE LA DEMANDE

.....

.....

.....

### IDENTITE DU CLIENT

Nom: .....

Nom de jeune fille: .....

Prénom: .....

Sexe:  Féminin  Masculin

Date de Naissance: .....

Lieu de naissance: .....

Etat civil: .....

Adresse: .....

Chez: .....

NPA/Localité: .....

☎: .....

Langues: .....

.....

Origine/Canton d'origine: .....

Nationalité: .....

Confession: .....

Hospitalisé(e) au moment de la demande:  oui  non

Si oui, depuis le: .....

Nom de l'institution: .....

Souhaitez-vous emménager :

Rapidement

Plus tard

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS

Caisse AVS: .....

N° AVS: .....

Rente AVS: CHF .....

Caisse maladie: .....

Adresse: .....

N° d'assuré(e): .....

Médecin traitant : .....

Adresse: .....

.....

☎: .....

E-mail: .....

#### Répondant financier – Curateur :

Nom: .....

Adresse: .....

.....

☎: .....

@: .....

Inscription auprès d'autres établissements :

Oui

Non

Si oui, lesquels:

(1) .....



(2) .....

(3) .....

## ENTOURAGE / REpondant (1)

Nom: ..... Prénom: ..... Lien: .....

Adresse : .....



 privé: .....  pro.: .....

 : ..... @: .....

## ENTOURAGE (2)

Nom: ..... Prénom: ..... Lien: .....

Adresse: .....



 privé: .....  pro.: .....


 : ..... @: .....

## ENTOURAGE (3)

Nom: ..... Prénom: ..... Lien: .....

Adresse: .....

 privé: .....  pro.: .....

 : ..... @: .....

## CONDITIONS DE VIE

(cocher ce qui convient)

Vit seul  Avec conjoint  Avec enfant(s)

Appartement  Villa

IEPA<sup>1</sup>

Animal domestique

Autres : .....

Centres d'intérêts: .....

Breve histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, loisirs etc...): .....

.....

.....

Encadrement médico-social à domicile:

Oui

non

Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s) .....

.....

.....

.....

<sup>1</sup> Immeuble avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)



**Personne de contact pour annoncer l'admission:**

**Nom:** .....

**Adresse:** .....

.....

**☎**..... **@:**.....

- Par la présente coche, il est certifié que le patient à été informé et a donné son accord au projet de prise en charge (transfert vers un établissement médico-social) qui implique la mise à disposition de données médicales et médico-sociales aux partenaires impliqués

Etabli par:.....

Date :.....

X

\_\_\_\_\_  
Timbre / signature

\*1 Nutrition entérale par gastrostomie percutanée

\*2 La ventilation en pression positive continue

\*3 Staphylocoque doré résistant à la méticilline