

TERTIANUM

Fiche de l'hôte Questionnaire d'admission

Établissement: Tertianum La Sorne

1) Données personnelles

Nom :	_____	État civil :	_____
Prénom	_____	Date de naissance :	_____
Langue :	_____	Domicile civil :	_____
	_____		_____
Rue/numéro :	_____	Changement de domicile prévu ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

NPA/localité :	_____	Confession :	_____
Téléphone	_____	Lieu d'origine :	_____
Mobile* :	_____	Profession* :	_____
		Carte d'identité* :	Copie, recto et verso, svp

2) Coordonnée bancaires

Titulaire du compte: _____
(ne doit pas nécessairement être l'hôte)

Compte bancaire/postal: _____

N° IBAN: _____

Copie du bulletin de versement svp _____

3) Entrée

Date d'entrée: _____ Temps: _____

Début du contrat: _____

Vient de : la maison l'hôpital

EMS autre

Type de contrat*: Contrat de soins
 Contrat de pension

Durée*: Durée indéterminée
 Court séjour

4) Directives anticipées / Exit / assistance

Directives anti-
cipées: Oui (veuillez fournir une copie)
 Non

Mandat de protec-
tion future: Oui (veuillez fournir une copie)
 Non

Membre
d'une organisation
d'aide aux mourants Oui Non

Laquelle(s): _____

Curatelle: Oui (veuillez fournir une copie)
 Non

5) Carte d'assurance maladie de base

Type d'assurance *: générale semi-privé privé

Nom de l'assurance: _____

N° de membre: _____

Numéro AVS: _____

N° de carte: _____

Date d'expiration: _____

Copie, recto et verso, svp _____

TERTIANUM

6) Adresse de facturation

Destinataire de la facture: Chambre d'hôtes Autres

Nom/Prénom: _____

Rue/numéro: _____

NPA/localité: _____

Relation: _____

Chargé de la prévoyance: Oui Non

7) Médecin de famille

Nom: _____

Prénom: _____

Rue/numéro: _____

NPA/localité: _____

Fait-il/elle des visites à domicile au Tertianum*: Oui Non

* Champs facultatifs

8) Assurance responsabilité civile

Assurance: _____ Adresse*: _____

Numéro de police: _____ Numéro de téléphone*: _____

2) Personnes de contact/de référence (par ex. mari/femme, fille, fils, sœur, neveu, etc.)

Prière de les informer dans l'ordre en cas d'urgence.

Personne de référence 1

Relation: _____

Nom/Prénom: _____

Rue/numéro: _____

NPA/localité: _____

Tél. privé: _____

Tél. prof: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Personne de référence 2

Relation : _____

Nom/Prénom : _____

Rue/numéro : _____

NPA/localité : _____

Tél. privé : _____

Tél. prof : _____

Mobile : _____

E-mail : _____

Personne de référence 3

Relation: _____

Nom/Prénom: _____

Rue/numéro: _____

NPA/localité: _____

Tél. privé: _____

Tél. prof: _____

Mobile: _____

E-mail: _____

Personne de référence 4

Relation: _____

Nom/Prénom: _____

Rue/numéro: _____

NPA/localité: _____

Tél. privé: _____

Tél. prof: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

* Champs facultatifs

TERTIANUM

Protection des données

La société traite les données d'un hôte exclusivement pour fournir les prestations convenues, notamment en ce qui concerne l'appartement, les soins et l'assistance médicale. Cela peut également impliquer la transmission de certaines données à des tiers, comme par exemple des médecins, des assurances, des proches, des garants ou à d'autres services de la société.

Lieu, date

Signature de l'hôte / du garant