

# 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