

Formular	Formulaire d'inscription	
----------	---------------------------------	---

Appartement médicalisée	
cocher	
	Rue des Cygnes 1
	Rue des Cygnes 13
	Rue des Cygnes 23
cocher	Séjour
	Court séjour 3-8 semaines
	Séjour définitif
Date d'entrée	
Données personnelles résident(e)	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
No. d'assurance sociale (AVS)	
Etat civil	
Lieu/pays d'origine	
Adresse domicile :	
Rue, No.	
NPA, Lieu	
Téléphone	
Mobile	
E-Mail	
Curatelle: OUI/NON	
Mandat pour cause d'incapacité : OUI/NON	
Directives anticipées: OUI/NON	
Prestation complémentaires de l'AVS: OUI/NON	

Données personnelles	Représentant	Destinataire de factures
Nom		
Prénom		
Relation avec le/la résident(e)		
Adresse:		
Rue, No.		
NPA, Lieu		
Téléphone		
E-Mail		

Données personnelles	Personne de référence	Personne de référence
Nom		
Prénom		
Relation avec le/la résident(e)		
Adresse:		
Rue, No.		
NPA, Lieu		
Téléphone		
Mobile		
E-Mail		

Formular	Formulaire d'inscription	
----------	---------------------------------	---

Médecin de famille	
Nom	
Prénom	
Adresse: Rue, No. NPA, Lieu	
Téléphone	
E-Mail	

Liste des documents nécessaires à présenter avec le formulaire d'inscription

Copie des dispositions personnelles si elles existent : curatelle, mandat pour cause d'incapacité.

Liste des documents nécessaires à l'entrée :

Copie des directives anticipées du patient si disponibles

Carte d'assurance maladie

Veuillez envoyer le formulaire par e-mail à : stiftung-dessaulles@hin.ch ou par courrier à :
Fondation Dessaulles, Administration, Schwanengasse 1, 2503 Bienne.