

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

Appartement médicalisée	
crocher	
	Rue de Nidau 14 , 2502 Bienne
	Rue des Cygnes 13, 2503 Bienne
	Rue des Cygnes 23, 2503 Bienne
crocher	Séjour
	Court séjour
	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		

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

E-Mail		
Médecin de famille*		
Titre		
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

Lieu	Date	Signature

Veuillez renvoyer à: stiftung-dessaulles@hin.ch ou Fondation Dessaulles, Administration
Nidaugasse 14, 2502 Biel