

DEMANDE D'ADMISSION

☐ Long séjour ☐ Court séjour ☐ Foyer de jour (à Jeuss)

Homes du réseau de sante du Lac (RSL) à :

☐ Courtepin ☐ Jeuss ☐ Kerzers ☐ Murten ☐ Sugiez

Partenaires:

☐ Senevita Beaulieu Morat ☐ Alterheim Ulmiz ☐ Hospiz St. Peter Gurmels

En cas d'inscription dans plusieurs homes du RSL, veuillez indiquer la priorité.

Données personnelles

Nom: _____	Prénom: _____
Adresse: _____	Lieu: _____
Date de naissance: _____	No de téléphone: _____
Adresse e-mail: _____	Etat civil: _____ depuis: _____
Lieu d'origine: _____	Nationalité: _____
Confession: _____	No AVS: _____
Langue maternelle: _____	Autres langues parlées: _____
Nom, prénom conjoint(e): _____	Domicilié(e) dans le canton depuis (année): _____
	Dernière profession: _____

Assurance maladie

Caisse maladie: _____ No de carte: _____

Couverture d'assurance: ☐ Division commune ☐ Division commune (CH)
☐ Division mi-privée ☐ Division privée

Prestations complémentaires

Prestation complémentaire: ☐ oui ☐ non

Allocation pour impotents: ☐ oui ☐ non

Si oui: ☐ légère ☐ moyenne ☐ lourde

Financement

Le coûts pour les résidents pour un séjour en EMS s'élèvent à environ Fr. 200.00/jour.

J'ai pris connaissance de l'information relative aux frais à la charge des résidents. ☐

Pro Senectute Fribourg ou les services sociaux des communes proposent des conseils financiers. En cas de questions, adressez-vous à Pro Senectute, Passage du Cardinal 18, 1700 Fribourg, 026 347 12 40, info@fr.prosenectute.ch.



HOME
PFLERGEHEIME

SPITEX

FOYER DE JOUR
TAGESSTÄTTE

PUÉRICULTURE
MÜTTER-/VÄTERBERATUNG

AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36
3280 Murten

T 026 672 34 00
koordination@rsl-gns.ch

Situation actuelle

Vit à son propre domicile:

☐ oui

☐ non

Vit seul (e):

☐ oui

☐ non

Vit avec:

Suivi par un service de soins à domicile:

☐ oui

☐ non

Lieu de séjour actuel:

Nom et adresse du médecin traitant:

Représentant administratif (si existant)

Nom et prénom:

Adresse, lieu:

No de téléphone / no de natel:

/

Adresse e-mail:

Le représentant administratif est:

☐ un membre de la famille, lien de parenté:

☐

une connaissance

☐

un curateur

☐

le mandataire pour cause d'incapacité

Directives anticipées et représentant thérapeutique

La personne a élaboré des directives anticipées :

☐ oui

☐ non

Nom et prénom du représentant thérapeutique :

Adresse, lieu:

No de téléphone / no de natel :

/

Adresse e-mail:

Personne de contact pour l'admission

Nom et prénom:

Adresse, lieu:

No de téléphone / no de natel:

/

Adresse e-mail:

Membres de la famille ou proches

Nom, prénom, adresse, no de téléphone, adresse e-mail, lien de parenté

1.

2.



HOME
PFLEGEHEIME



SPITEX



FOYER DE JOUR
TAGESSTÄTTE



PUÉRICULTURE
MÜTTER-/VÄTERBERATUNG

AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36
3280 Murten

T 026 672 34 00
koordination@rsl-gns.ch

3.

4.

Admission

Délai d'admission souhaité?

☐

Urgent (dès que possible)

☐

En cas de besoin

Date:

Signature:



HOME
PFLEGEHEIME



SPITEX
See-Station



FOYER DE JOUR
TAGESSTÄTTE



PUÉRICULTURE
MÜTTER-/VÄTERBERATUNG

AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36
3280 Murten

T 026 672 34 00
koordination@rsl-gns.ch