



HOME OASIS SA  
Combe-Aubert 6  
2720 TRAMELAN  
☎ 032 487 55 44  
✉ 032 487 55 46

## DEMANDE D'ENTRÉE A COMPLÉTER ENTIÈREMENT

### Données personnelles

Nom _____	Nom (de célibataire) _____
Prénom _____	Lieu d'origine _____
Date de naissance _____	Lieu de naissance _____
No AVS _____	Profession _____
Etat civil _____	Depuis _____
Confession _____	Lieu de séjour actuel _____
Dernière adresse _____	NPL & Localité _____
Nom de la localité où les papiers sont déposés _____	
Rente d'impotence (oui ou non) _____	Si oui, degré _____ dès le _____
Langue maternelle _____	
Téléphone _____	Adresse mail _____
Nom conjoint _____	Prénom du conjoint _____
Caisse maladie _____	Agence / Lieu _____
No membre _____	Téléphone _____
Médecin de famille (Nom, lieu et no de téléphone) _____	_____

### Niveau de dépendance de la personne (à cocher)

- complètement indépendante
- besoin d'aide partielle
- soins journaliers
- soins à domicile ou aide familiale
- soins permanents (jour et nuit)

### Demande d'entrée (à cocher) :

définitive  provisoire  urgente    autre \_\_\_\_\_

Êtes-vous annoncé(e) dans une autre institution ? Si oui, merci d'indiquer le nom et le lieu :

\_\_\_\_\_

Les documents ci-dessous sont à remettre **au plus tard la veille de l'entrée** dans notre institution :

- mandat pour cause d'inaptitude (si existant ou si la personne est apte à le compléter)
- directives anticipées (si existantes ou si la personne est apte à les compléter)
- certificat médical du médecin traitant

## Inscrivez ci-après les personnes de contact « Famille - Ami(e) - Responsable »

**Nom 1.** \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ NPL & Localité \_\_\_\_\_  
Téléphone Privé \_\_\_\_\_ Téléphone prof. \_\_\_\_\_  
Adresse mail \_\_\_\_\_  
Préciser le lien de parenté \_\_\_\_\_  
(fille, neveu, ami, etc.)

**Nom 2.** \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ NPL & Localité \_\_\_\_\_  
Téléphone Privé \_\_\_\_\_ Téléphone prof. \_\_\_\_\_  
Adresse mail \_\_\_\_\_  
Préciser le lien de parenté \_\_\_\_\_  
(fille, neveu, ami, etc.)

**Nom 3.** \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ NPL & Localité \_\_\_\_\_  
Téléphone Privé \_\_\_\_\_ Téléphone prof. \_\_\_\_\_  
Adresse mail \_\_\_\_\_  
Préciser le lien de parenté \_\_\_\_\_  
(fille, neveu, ami, etc.)

## Veillez noter le nom de la personne responsable pour le paiement des factures de pension et soins

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ NPL & Localité \_\_\_\_\_  
Téléphone Privé \_\_\_\_\_ Téléphone prof. \_\_\_\_\_  
Adresse mail \_\_\_\_\_  
Remarques – observations \_\_\_\_\_

Veillez prendre connaissance des recommandations CURAVIVA sur l'*Ethique (fiche d'information)*, le *Nouveau droit de la protection de l'adulte en EMS* et des différents formulaires complémentaires qui sont disponibles sur notre site internet [www.home-oasis.ch](http://www.home-oasis.ch) sous l'onglet «*Formulaires*».

**Remarque :** l'inscription de la personne n'engage à rien ni légalement ni financièrement. Nous vous remercions de bien vouloir nous informer si elle trouvait une autre place ou si elle venait à décéder.

## Déclaration de consentement pour l'utilisation des données personnelles

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

En signant ce document, j'accepte que mes données personnelles y relatives soient mises à disposition dans le système informatique du Home Oasis SA.

La collection de données a l'objectif d'avoir toutes les données pour une prise en charge optimale.

Selon la loi de protection de données suisse, je dispose d'un droit à l'information et à la correction.

J'ai le droit de révoquer totalement ou partiellement cette déclaration à tout moment.

Lieu et date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_