

DEMANDE D'ADMISSION			
S.S.J.N. RUBIS Structure de soins de jour Rue du Nucé 7 - 1896 Vouvry			
Nom, prénom			
Date de naissance			
Etat civil			
Adresse			
Téléphone(s)			
E-mail			
Directives Anticipées	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Confession (facultatif)			
Référents famille/proches à contacter dans l'ordre et PERSONNE DE PROXIMITE QUI A UN DOUBLE DES CLES (si perte de clés lors du retour le soir)			
Lien familial-	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
1-			
2-			
Double des clés chez:			
Référent thérapeutique	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
Lien:			
Référent administratif	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
Lien:			
Curatelle:	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
A qui la facture doit être adressée ?	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
Assurance maladie			
Assurance complémentaire			
N° Carte assurance (20 chiffres)			
N° Assurance			
N° AVS			
Problèmes financiers ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Rente d'impotence	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Prestations complémentaires <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
SOINS			
Médecin traitant	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
Psychiatre-psychologue	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
OSAD-CMS-Inf indép.	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
Si oui:	Depuis quand?	Quelles interventions?	
Allergies/Intolérances :			
Maladies chroniques (Diabète, épilepsie, DMLA, asthme, trouble mémoire...):			Insulino dépendant? Anticoagulants?
Traitements:	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui	merci de nous donner la liste		

