



Home médicalisé pour personnes âgées

Route de Nendaz 365, 1996 Basse-Nendaz

☎ 027 289 57 00

E-MAIL mavallee@nendaz.org

Demande d'admission en EMS

Type de séjour : court séjour du _____ au _____
 long séjour

Données personnelles

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Confession : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

Commune de domicile : _____ Depuis le : _____

N° de téléphone : _____ Numéro AVS : _____

Prénom époux(se) : _____ Nationalité : _____

Adressage de la facture et du courrier administratif: oui non

État civil:

marié(e) veuf(ve) divorcé(e) célibataire

Où vivez-vous actuellement?

à domicile à l'hôpital autre: _____

Type de chambre désirée: à 1 lit à 2 lits

Personnes de contact

Personne principale

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____

Tél. mobile : _____ E-mail : _____

Lien de parenté:

époux (se) fils (fille) représ. légal autre: _____

Adressage de la facture et du courrier administratif: oui non

Autre personne

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____

Tél. mobile : _____ E-mail : _____

Lien de parenté:

époux (se) fils (fille) représ. légal autre: _____

Adressage de la facture et du courrier administratif: oui non

**Médecin traitant**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

N° de téléphone : _____

*Le résident peut faire appel à son médecin traitant durant son court séjour si celui-ci se déplace à l'EMS du résident.***Pharmacie**

Nom de la pharmacie : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

N° de téléphone : _____

Caisse maladie

Nom de la caisse : _____ N° d'assuré : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

Rente d'impotenceÊtes-vous bénéficiaire d'une rente d'impotence? oui nonSi oui, pour quel degré? faible moyen lourd**Prestations complémentaires**Êtes-vous bénéficiaire de prestations complémentaires? oui non**Documents à joindre à la demande**

- Copie du livret de famille ou certificat individuel d'état civil
- Copie de la carte d'assuré caisse maladie
- Copie de la carte d'identité
- Attestation de domicile
- Copie de la décision pour rente d'impotence (si accordée)
- Copie de la procuration si vous avez un représentant légal
- Copie de la décision de curatelle (si existante)
- Copie de la police d'assurance RC

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Date : _____ Signature : _____

La demande d'admission ne sera prise en considération uniquement si elle est complète et accompagnée de tous les documents demandés.**Cadre réservé à l'administration**

Date d'entrée : _____ Date de sortie : _____

Raison du séjour : _____ N° chambre : _____