



EMS LE NOUVEAU
PRIURÉ

CONTACT ET VISITE : FICHE DE PRÉPARATION À L'ENTRÉE - FORMULAIRE

III PRESTATIONS – 200 CONTACT, VISITE

Nom : **Prénom** : **Date de naissance** :

Provenance : domicile hôpital (.....) autre (.....)

Curateur : oui non autre (mandataire) :

SPC : oui non demande en cours, déposée le :

Proche(s) participant(s) : oui non

Si oui, préciser :

Revenus mensuels en CHF :

AVS
2 ^{ème} pilier
3 ^{ème} pilier
Rente impotence
Autre rente
Total en CHF
Prix de pension
Solde restant à financer par mois

Fortune mobilière :

Banques	Montant à ce jour
.....
.....
.....
Total en CHF

Fortune immobilière :

Biens	Valeur
.....
.....
Total en CHF
Fortune totale en CHF

Capacité de financement de mois

Remarques :

POINTS À ABORDER AVANT L'ENTRÉE

SOINS

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Oxygène | <input type="checkbox"/> Prescription médicale |
| <input type="checkbox"/> Marche | <input type="checkbox"/> Alimentation | <input type="checkbox"/> Allergie/intolérance alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Barrières de lit, matelas, rallonge | <input type="checkbox"/> Habitudes / animation | |
| <input type="checkbox"/> Capacités d'adaptation / risque de fugue | <input type="checkbox"/> Evaluation plaisir si venant d'un autre EMS | |

LOGISTIQUE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Transport | <input type="checkbox"/> Dépose du linge à la réception |
| <input type="checkbox"/> Meubles – coordonnées du gouvernant -adjoint du chef du service hôtelier | <input type="checkbox"/> Abonnement téléphonique |