

FORMULAIRE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNE ÂGÉE

RAID Hébergement « DAR BATOUL »

Adresse : Gecheiin, Houmt Douk, Djerba

Téléphone : 97 378 788

Email : contact@raid-ehpad.com

1. Informations sur le résident :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse actuelle : _____

Téléphone : _____

Adresse e-mail (si applicable) : _____

Situation matrimoniale : _____

Profession ou ancienne profession : _____

2. Contact d'urgence = Personne de confiance:

Nom du contact : _____

Relation avec le résident : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

3. Informations médicales :

Nom du médecin traitant : _____

Adresse du médecin traitant : _____

Téléphone du médecin traitant : _____

Historique médical :

Allergies connues : _____

Le résident suit-il un traitement médical particulier ?

OUI [] NON []

Si oui, précisez les médicaments et posologie :

5. Informations financières :

Le résident est-il sous protection juridique ?

OUI [] NON []

Si oui:

Nom du tuteur/curateur : _____

Relation avec le résident : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Le résident ou son représentant légal est-il capable d'assumer les frais de séjour dans l'établissement ?

OUI [] NON []

Si oui, précisez les sources de revenus et ressources financières (pensions, retraites, revenus, etc.) :

7. Consentement et autorisation :

Je soussigné(e) _____, agissant en qualité de résident ou de représentant légal, certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes. Je m'engage à informer immédiatement l'établissement de toute modification de la situation du résident, notamment sur le plan médical et financier.

Je donne mon consentement pour que le résident puisse recevoir les soins nécessaires dans le cadre de son séjour à l'établissement. J'autorise également l'établissement à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, y compris la consultation d'un médecin ou l'hospitalisation, si cela est jugé nécessaire.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'admission, du règlement intérieur et des tarifs applicables à l'établissement.

Fait à _____, le _____.

Signature du résident (ou du représentant légal) :

Signature : _____

Nom : _____

Relation avec le résident (si représentant) : _____

Signature de l'établissement (responsable de l'admission) :

Signature : _____

Nom et fonction : _____

8. Observation (à remplir par l'établissement) :

Date d'admission prévue : _____

Date de première visite : _____

Ce formulaire doit être dûment complété, signé et accompagné des documents nécessaires pour finaliser l'admission du résident dans l'établissement.