Home médicalisé pour personnes âgées
Route de Nendaz 365, 1996 Basse-Nendaz
☎ 027 289 57 00 – **E-MAIL** mavallee@nendaz.org

Demande d'admission préventive en EMS

Données personnelles

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Confession : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

Commune de domicile : _____ Depuis le : _____

N° de téléphone : _____

Adresse électronique : _____ Numéro AVS : _____

Prénom époux(se) : _____ Nationalité : _____

Médecin traitant : _____ Pharmacie : _____

État civil:

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

Type de chambre désirée: ☐ à 1 lit ☐ à 2 lits

Personnes de contact

Personne principale

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

Tél. privé : _____ Tél. mobile : _____

Adresse électronique : _____ _____

Lien de parenté:

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

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

Date : _____ Signature : _____