



Association pour personnes âgées
nécessitant des soins Bienne-Seeland

Formulaire d'inscription

Nom et prénom _____

nom de jeune fille _____

Adresse de domicile
actuelle _____

N° de téléphone _____

Date de naissance _____

Domicile légal _____

Lieu d'origine _____

N° AVS _____

État civil _____

Date et lieu du dernier événement
d'état civil (si non célibataire) _____

Confession _____

Profession _____

Prénom et date de naissance du conjoint _____

Lieu d'origine du conjoint _____

Enfants, autres relations, personnes de confiance (nom, prénom, adresse, n° de tél.,
adresse e-mail)

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____



Association pour personnes âgées
nécessitant des soins Bienne-Seeland

Personne mandatée (nom, prénom, adresse, n° de tél., adresse e-mail, degré de parenté)

Qui gère les affaires financières et autres ? (nom, prénom, adresse, n° de tél., adresse e-mail, degré de parenté)

Caisse maladie

numéro de carte d'assurance

Caisse de compensation AVS

Adresse de votre médecin de famille

Je souhaite un suivi médical assuré par

- ☐ le médecin de famille
- ☐ le médecin de l'établissement (médecin de l'institution)

Quel appartement médicalisé souhaitez-vous intégrer ?

- ☐ Bienne, Rue du Wasen 36 (pour les personnes atteintes de démence)
- ☐ Bienne, Fröhlißberg, Route du Büttenberg 66
- ☐ Büren a. Aare, Aarbergstrasse 5
- ☐ Gals, Dorfstrasse 7
- ☐ Kappelen, Dorfstrasse 27b

Type d'admission :

- ☐ Admission fixe
- ☐ Admission de vacances

Les vacances et les courts séjours sont possibles à partir de trois semaines.



Association pour personnes âgées
nécessitant des soins Bienne-Seeland

Quand (à peu près) souhaitez-vous intégrer un logement médicalisé de l'Association pour personnes âgées nécessitant des soins ?

Raison de votre entrée ?

Disposez-vous de directives anticipées ?

☐ OUI ☐ NON

Nous avons besoin des documents suivants de votre part :

- ☐ Copie de la carte d'assurance maladie
- ☐ Copie du livret de famille ou d'une attestation de domicile
- ☐ Copie des directives anticipées / du mandat pour cause d'incapacité
- ☐ Certificat médical

Lieu et date : _____ Signature : _____

Par cette signature, vous confirmez que les informations fournies sont complètes et véridiques.

La réception de cette inscription ne vous engage pas à une admission, et n'engage pas non plus l'Association de soins aux personnes âgées Bienne-Seeland à vous accueillir.