



Résidence Comtesse Madeleine d'Oulremont
Rue de la Barrière 39
7011 Ghlin
Numéro d'agrément : MR/153.053.588/AGR
Numéro d'INAMI : 7-32862-70100

NOM et PRENOM du résident :

.....

La collecte des données consignées dans ce dossier et leur traitement se font conformément à la loi du 08 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM et PRENOMS :

Nom d'épouse : Etat civil :

Lieu et date de naissance : le / / À

Adresse :

.....

Nationalité : Langue :

N° de Registre National :

Date d'entrée : le / / Venant de :

Numéro de chambre : Type de chambre : individuelle- double- court séjour

Religion/ Opinion philosophique :

Dispositions en cas de décès :

.....

MEDECIN TRAITANT ACTUEL :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Médecin en cas d'absence :

Médecin antérieur :

Institution hospitalière souhaitée si nécessaire :

REPRESENTANT :

Nom :

Adresse :



Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont
Rue de la Barrière 39
7011 Ghlin
Numéro d'agrément : MR/153.053.588/AGR
Numéro d'INAMI : 7-32862-70100

NOM et PRENOM du résident :

.....

.....
N° de téléphone :

2. RENSEIGNEMENTS DE MUTUELLE

N° de carte SIS.....

MUTUELLE :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Catégorie :

N° d'affiliation :

3. RENSEIGNEMENTS DE PENSION

Pension versée au résident : oui / non (biffez la mention inutile)

Pension versée à un tiers :

4. COMPOSITION DE LA FAMILLE ET DE L'ENTOURAGE

Conjoint :

Enfants/ petits enfants :

Frères/ sœurs :

Neveux/ nièces :

Autres :



Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont
Rue de la Barrière 39
7011 Ghlin
Numéro d'agrément : MR/153.053.588/AGR
Numéro d'INAMI : 7-32862-70100

NOM et PRENOM du résident :

.....

5. PERSONNES A PREVENIR (par ordre d'appel)

Nom/ Prénom	Adresse	Tél. (horaire éventuel)
10.....	Privé :..... Bureau :.....
2.....	Privé :..... Bureau :.....
3.....	Privé :..... Bureau :.....

6. MOTIF(S) DE L'ADMISSION

Maladie- Accident- Décès du conjoint- Autre :.....
.....
.....

Personne à l'origine de l'entrée :.....

7. ADMINISTRATEUR DES BIENS

OUI / NON (biffez la mention inutile)

Si oui

Nom :.....

Adresse :.....
.....

N° de téléphone :.....



Résidence Comtesse Madeleine d'Oulremont
Rue de la Barrière 39
7011 Ghlin
Numéro d'agrément : MR/153.053.588/AGR
Numéro d'INAMI : 7-32862-70100

NOM et PRENOM du résident :

.....

8. MODALITES RELATIVES AU PAYEMENT ET A LA GARANTIE

Responsable :

Adresse :

.....

9. APPAREILLAGE

A l'entrée, le résident dispose de :

<u>Appareil auditif</u> : 1 - 2 - droit - gauche	<u>Chaussures orthopédiques</u> :
<u>Prothèse dentaire</u> : haut – bas	<u>Voiturette</u> : OUI / NON
<u>Lunettes</u> : vision de près – de loin – double foyer - vari	<u>Cadre de marche</u> : OUI / NON <i>Si oui</i> : articulé - fixe - à roulettes
<u>Autres</u> :	<u>Canne</u> : OUI / NON <i>Si oui</i> : 1 - 2 - bois - béquille - tripode - quadripode

10. DEMARCHES EFFECTUEES EN COURS DE SEJOUR

GLISSER DANS CE DOSSIER LES COPIES DES AUTORISATIONS ET DES CERTIFICATS CONCERNANT CES APPAREILLAGES.

A. Prêt de matériel (voiturette, cadre, cannes,...)

<u>Date</u>	<u>Organisme de prêt</u>	<u>Matériel</u>	<u>Adresse/ téléphone</u>



Résidence Comtesse Madeleine d'Oulremont
Rue de la Barrière 39
7011 Ghlin
Numéro d'agrément : MR/153.053.588/AGR
Numéro d'INAMI : 7-32862-70100

NOM et PRENOM du résident :

.....

--	--	--	--

- B. Achat de matériel (voiturette, cadre, chaussures orthopédiques, prothèse dentaire, matelas à eau, coussin,...)

<u>Date</u>	<u>Matériel</u>	<u>Adresse/ téléphone</u>

11. GESTION DU QUOTIDIEN

- A. COURRIER

Journaux/ revue :

Courrier : le remettre au résident – le remettre à la famille – le laisser au bureau

- B. POSSIBILITES DE PRISE EN CHARGE PAR LA FAMILLE OU LE REpondANT

	<u>Famille</u> Oui / non	<u>Désirs exprimés/ fréquence- date</u>
Linge à lessiver		
Coiffure		
Pédicure		



Résidence Comtesse Madeleine d'Oulremont
Rue de la Barrière 39
7011 Ghlin
Numéro d'agrément : MR/153.053.588/AGR
Numéro d'INAMI : 7-32862-70100

NOM et PRENOM du résident :

.....

Pharmacie		
Kiné		

Hôpital souhaité en cas de transfert :

Transport en ambulance souhaité :

12. ETAT DES LIEUX

Aucun état des lieux n'a été établi

Etat des lieux établi le :

13. RELEVÉ DES OBJETS ET VALEURS MIS EN DEPOT

Prise en dépôt ou gestion par l'établissement des biens et valeurs appartenant au résident :

OUI / NON

Si oui, le relevé des objets et valeurs mis en dépôt a été établi le.....

14. ANNEXES DU DOSSIER ADMINISTRATIF

Les documents cités ci- dessous sont inclus dans le dossier d'entrée du résident se trouvant au bureau administratif :

- Récépissé du Règlement d'ordre intérieur
- Exemple de la convention et de ses avenants destinés à la maison de repos
- Récépissé de la convention
- Mandat pharmaceutique
- Inventaire du mobilier apporté par le résident
- État des lieux
- Relevé des objets et valeurs mis en dépôt