PRESTI-SERVICES · SATIGNY

Demande de prise en soins

Formulaire à compléter et à nous retourner par fax au **022 300 66 43**

01 Demandeur

si différent du bénéficiaire

ORGANISME DEMANDEUR

TÉLÉPHONE

PERSONNE DE CONTACT

FONCTION

E-MAIL

FAX

02 Bénéficiaire

NOM *

PRÉNOM *

DATE DE NAISSANCE

SEXE

○ Femme ○ Homme

N° AVS

756.

ADRESSE

ÉTAGE

ADRESSE (SUITE)

NPA

LOCALITÉ

TÉLÉPHONE

NATEL

E-MAIL

SITUATION FAMILIALE

☐ Vit seul·e ☐ Conjoint·e ☐ Enfant(s) ☐ Autre : _____

SOUTIEN FAMILIAL / PERSONNE À CONTACTER

TÉLÉPHONE

E-MAIL

MÉDECIN TRAITANT

TÉLÉPHONE

FAX

ASSURANCE

NUMÉRO D'ASSURÉ

BÉNÉFICIAIRE DES SPC

○ Oui ○ Non ○ Ne sait pas

SI OUI, N° DE DOSSIER SPC

TUTEUR

○ Oui ○ Non

SI OUI, NOM ET ADRESSE

03 Demande

prestations à fournir et fréquence

DATE DE SORTIE

DATE DE PRISE EN SOINS

Merci de joindre une ordonnance médicale validant les prestations à fournir.

* champs obligatoires

Presti-Services SARL Rue Pré-Bouvier 27, 1242 Satigny · Tél. 022 300 66 41 · Fax 022 300 66 43 · info@presti-services.ch