

Inscription à l'Hospice Berne

Données personnelles et informations générales

Nom

Prénom

Rue / N°

NPA / Localité

Téléphone / Mobile

E-mail

Date de naissance

État civil

Confession

Numéro AVS

Lieu d'Origine / Nationalité

Lieu de naissance (Réservé aux personnes étrangers)

Personne de référence

Nom

Prénom

Téléphone / Mobile

E-mail

Lien avec le patient/la patiente

À contacter:

☐ en cas d'aggravation

☐ durant la journée

☐ durant la nuit

☐ en cas de décès

☐ durant la journée

☐ durant la nuit

Médecin prescripteur / médecin traitant

Nom

Rue / N°

NPA / Localité

Téléphone / Mobile

E-mail

Assurances

Nom de la caisse-maladie (LAMal)

NPA / Localité

Numéro d'assurance

Date d'expiration de la carte d'assurance-maladie

Numéro de carte

Disposez-vous d'une assurance complémentaire couvrant les méthodes de traitement alternatives?

☐ Oui ☐ Non

Nom de l'assurance complémentaire (LCA)

Numéro d'assurance

Bénéficiez-vous de l'une des rentes, allocations ou prestations suivantes?

- ☐ Rente AVS
☐ Rente AI
☐ Prestations complémentaires (PC)*
☐ Allocation pour impotent (API)
☐ Aide sociale

** Veuillez joindre une copie du décompte des prestations complémentaires.*

Adresse de facturation

- ☐ La facture est envoyée à l'adresse du patient/de la patiente (voir données personnelles)
☐ La facture est envoyée à l'adresse de la personne de référence
☐ La facture est envoyée à l'adresse suivante:

Nom

Prénom

Rue / N°

NPA / Localité

Téléphone / Mobile

E-mail

Coordonnées bancaires

Pour le remboursement du dépôt

Nom de la banque

Titulaire du compte

Numéro IBAN

Motif de l'inscription / Situation actuelle

- ☐ Test EPS effectué et joint au dossier
- ☐ Le patient/la patiente est informé(e) de l'inscription et y consent
- ☐ Les proches sont informés de l'inscription

En signant, vous confirmez que:

- toutes les informations fournies sont exactes.
- le présent document fait partie intégrante du contrat de prise en charge et que vous acceptez les dispositions relatives à la protection des données.

Lieu, date

Le patient/la patiente

ou

La personne dûment mandatée
