



Unité d'accueil temporaire et de répit

Sarah Gallay

Secrétaire de direction en charge des admissions

022/718.11.11

Gallay-sarah@foyer-st-paul.ch

Demande d'admission UATR en EMS

Merci de signer cette demande selon votre accord

| PATIENT-E | |
|---------------------------|-----------------|
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Adresse : |
| | |

| SEJOUR EN UATR | |
|-----------------------|------------------------|
| Date d'entrée : | Date de sortie : |

| DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE D'ADMISSION |
|---|
| <input type="checkbox"/> Prescription / mandat médical LAMAL (selon modèle) |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance médicale datée et signée |

INFORMATION : le médecin traitant est accessible pour assurer le suivi de son patient durant son séjour en UATR. Le cas échéant, merci de nous préciser les coordonnées de votre remplaçant.

.....

Date, nom, signature et tampon du médecin

Ce document est à envoyer par mail à l'adresse : gallay-sarah@foyer-st-paul.ch