



Clair Séjour

Maison de repos et de soins

Avenue Reine Astrid 92 - 5000 Namur

Tél.081/74 90 00 – Fax 081/74 36 93

e-mail : social@clairsejour.acsol.be

MR/ 192 094 069

N° entreprise : 0890.259.070

Dossier Inscription Liste d'attente :

Score échelle de Katz : (complété par assistante sociale)

- Court-Séjour Chambre individuelle
 Long Séjour Chambre double ok

Date de l'introduction de la demande : _____

Nom :..... Prénom :.....

Date de Naissance :.....

Vignette de mutuelle :

OBLIGATOIRE (à coller)

Pour VALIDER votre inscription vous devez compléter toutes les informations et ce de la manière la plus précise et honnête.

Raison de la demande (motif précis) :

Personne de contact :

1. Nom et prénom :..... GSM :...../.....

Lien de parenté :

2. Nom et Prénom : :..... GSM :...../.....

Lien de parenté :

Médecin traitant actuel :

Nom et prénom :..... GSM :...../.....

Informations Médicales (à remplir par le médecin traitant) :

➤ **Pathologie actuelle :**

*Système cardio-vasculaire :

*Système respiratoire :

*Système digestif :

*Système neurologique :

*Système uro-génital :

*Système locomoteur :

*Sevrage : Non/Oui : Produit :

*Allergie connue : Non/Oui : Produit :

➤ **Antécédents**

1. **Médicaux :**

.....

.....

.....

.....

2. **Chirurgicaux :**

.....

.....

.....

.....

➤ **Oxygène : Oui / Non**

➤ **Patient contagieux : Oui / Non**

Cachet Médecin (+ date et signature):