



La Clairière  
de Fayenbois

Date visite:

Reçu par:

ASBL PROMOTION DES AÎNÉS

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR ENTREE

Nom: ..... Prénom: .....

Lieu et date de naissance: ..... Etat civil: .....

Carte d'identité n°: ..... Numéro national : .....

Domicile: .....

PREVENTION: oui ou non / Souhait: LONG SEJOUR ou COURT SEJOUR (dates : .....

Situation actuelle: .....

Si Hôpital : nom de l'Hôpital : .....

Nom de l'Assistant.e social.e et téléphone : .....

Coordonnée du médecin traitant: .....

### PERSONNE DE CONTACT: (répondant)

.....  
.....  
.....  
.....

Renseignements relatifs à la mutuelle: .....

(Coller une vignette) Matricule: .....

CHAMBRE SEULE / CHAMBRE DOUBLE (chambre double en attendant chambre seule: OUI / NON)

### Renseignements divers:

E/T: rencontre avec un neurologue ou gériatre qui confirme une démence (Alz.)? OUI / NON

Neurologue : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date et heure d'entrée : ..... Chambre N° .....