



Dossier d'inscription : La Résidence Sainte Anne

Attention : l'inscription sur la liste d'attente ne se fera que lors de la réception de ce dossier préalablement complété endéans les 15 jours après réception.

Dossier complété le __ / __ / ____

Dossier remis le __ / __ / ____

Données administratives :

Nom : Prénom :

Etat Civil : Date de naissance : __ / __ / ____

Adresse :

Vignette de mutuelle :

La demande est-elle urgente ? OUI - NON

La personne pour qui la demande est faite est-elle au courant de la démarche ? OUI - NON

La demande est introduite par :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tel / GSM :

Motif de la demande :

.....

Type d'hébergement souhaité :

Chambre double en Maison de Repos et de Soins à 55,75 € /jour

Chambre individuelle en Maison de Repos et de Soins à 69,03 € /jour

Un appartement en Résidence-Service dont le prix peut varier entre 1471,06 € et 2296,52 € / mois

La personne réside-t-elle autre part qu'au domicile actuellement ? OUI - NON

Si oui, veuillez mentionner le type d'hébergement :

.....

.....

Merci de mentionner les aides à domicile mises en place au domicile et leur fréquence :

- Infirmière :
- Aides-familiales :
- Aide-ménagère :
- Kiné :
- Garde Malade :
- Ergothérapeute :
- Pédicure :
- Logopède :
- Autres :

Personnes de contact

L'ordre d'inscription définit la priorité du contact

CONTACT 1

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Tel : GSM :
Mail : Lien de parenté :

CONTACT 2

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Tel : GSM :
Mail : Lien de parenté :

CONTACT 3

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Tel : GSM :
Mail : Lien de parenté :

CONTACT 4

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Tel : GSM :
Mail : Lien de parenté :

Administrateur de biens, mandataires et CPAS

(Il est impératif de répondre à **chaque** item)

Administration des biens :

L'intéressé est-il sous administration ? OUI – NON

Si oui, seulement « des biens » ou « des biens et de la personne » ?

Qui est cette personne ?

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel : Mail :

Lien avec la personne :

Mandataires :

(Veuillez mentionner les coordonnées de la personne où référencer le contact n° 1, 2, 3 ou 4)

Personne de confiance :

Personne nommée par le résident toujours en capacité de décider pour lui-même mais ne pouvant pas toujours l'exprimer.

.....

Mandataire :

Personne ayant reçu un mandat du résident pour le représenter dans les actes juridiques.

.....

Mandataire de soins :

Personne ayant reçu un mandat du résident pour le représenter s'il n'est plus en capacité de prendre une décision par lui-même, sur le plan des soins à la personne.

.....

CPAS

La personne bénéficie-t-elle d'une intervention du CPAS ? Oui - Non

Si oui, veuillez préciser le CPAS compétent ci-dessous et si non, cela sera-t-il nécessaire ? Oui - Non

.....

Personne de référence :

Le CPAS assure-t-il une guidance budgétaire ? Oui - Non

Données financières :

Afin de garantir au mieux votre séjour au sein de notre institution, il nous est nécessaire de nous assurer de la faisabilité du paiement de la Maison de Repos. L'idée n'est pas d'engendrer un frein quant à une éventuelle entrée en Maison de Repos, mais bien de pouvoir anticiper en cas de contrainte financière (par une demande au CPAS ou autre).

Ces données resteront strictement confidentielles et ne sont demandées qu'à titre préventif.

Montant de la pension (revenu net mensuel) :

Revenus éventuels supplémentaires et leur montant :

- GRAPA :
- APA :
- CPAS :
- Autres :

Possédez-vous des biens personnels ? Si oui, lesquels ?

.....

Successeurs ?

.....

.....

Notaire ?

.....

.....

Personne responsable du paiement de la facture :

- Le futur résident
- Contact n°1
- Contact n°2
- Contact n°3
- Contact n°4
- Administrateur de biens

Afin de compléter le dossier, merci de bien vouloir joindre une copie d'un extrait de compte mentionnant le montant des apports financiers.

Données médicales :

Médecin traitant :

Nom du kiné :

Nom de l'infirmière à domicile :

Matériel de mobilisation :

- Canne
- Tribune
- Chaise roulante
- Béquilles
- Autres :

Etat de santé :

Antécédents médicaux :

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

Etat de santé actuel :

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

Evaluation de l'aide à apporter (entourer l'aide nécessaire) :

Se laver	Autonome – Aide partielle – Aide totale
S'habiller	Autonome – Aide partielle – Aide totale
Transferts et déplacements	Autonome – Aide partielle – Aide totale
Aller à la toilette	Autonome – Aide partielle – Aide totale
Continence	Autonome – Aide partielle – Aide totale
Manger	Autonome – Aide partielle – Aide totale
Temps	Orienté – Partiellement orienté – Totalement désorienté
Espace	Orienté – Partiellement orienté – Totalement désorienté

Renseignements divers :

Paramètres :

- Poids :
- Taille :
- Lunettes : OUI – NON
- Surdité : OUI – NON -> Appareils auditifs : Droite – Gauche

Comportement :

- Déambulation :
- Agressivité :
- Assu tudes :
- Autre :

Régime particulier, allergies et intolérances :

.....

.....

Vaccins :

.....

.....

Allergies :

.....

.....

Autres informations :

.....

.....

Afin de compléter le dossier, merci de bien vouloir joindre :

- Une échelle de Katz complétée et signée par le médecin traitant.
- Une copie de la carte d'identité recto / verso

Liste d'attente :

Une fois le dossier d'admission complété, nous vous invitons à le retourner à la Résidence Sainte Anne soit en le déposant personnellement à l'accueil, soit en l'envoyant par courrier à l'adresse :

Résidence Sainte Anne
A l'attention de Melle MOÏSE Alyson
Rue Pont d'Amour, 50
5500 Dinant

Coordonnées de l'institution :



Résidence Sainte Anne
Rue du Pont d'Amour, 50
5500 Dinant
082/21.28.00
N° d'agrément : 191.034.239
Direction : Laurent TONNOIR