



DT9094

QUESTIONNAIRE AVANT L'ADMISSION

Nom de l'utilisateur		Prénom	
Adresse (N°, rue, municipalité, comté)			Code postal
Adresse antérieure (en cas de changement d'adresse dans les trois derniers mois)			Date du changement Année Mois Jour
Téléphone Bureau Domicile		Nationalité	Date de naissance Année Mois Jour
Lieu de naissance		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Autres

Nom de l'employeur		Adresse		Ind. rég.	Téléphone
Profession de l'utilisateur		Assurance <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, nom de la compagnie	
N° certificat	N° contrat	N° groupe	N° assurance maladie	Nom, prénom du père	
Nom, prénom du mari			Employeur (du père ou du mari)		
Nom de jeune fille de l'épouse			Nom de jeune fille de la mère		

Logement demandé Salle Chambre à 2 lits Chambre à 1 lit

Sauf en salle, une participation aux frais est exigible du malade ou de son garant. Cette participation est établie selon les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux.

En cas d'urgence, prévenir Domicile oui non Si non, indiquer

Nom		Lien de parenté	
Adresse		Ind. rég.	Téléphone

La personne pour qui l'admission est demandée a déjà été hospitalisée : oui non N° dossier médical

Si oui, à quels endroits, à quelles dates et pour quelles raisons :

Année Mois Jour

Date

Signature du malade ou du garant