



VIVITAS

Offrir l'excellence dans les soins à domicile

A retourner par mail à vivitas@hin.ch

Demande de prestations

Bénéficiaire

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

Date de naissance : _____ Téléphone(s) : _____

Adresse : _____

No AVS : _____

Caisse Maladie (nom et adresse) : _____

No assuré : _____ No SPC : _____

Nom du médecin traitant : _____

Personne de confiance ou entourage à contacter : _____

Prestations à fournir / fréquence

Soins infirmiers _____

Soins de base _____

Repas _____

Autre(s) _____

Date de retour à domicile (si hospitalisé) : _____

Date de début des prestations : _____

Demandeur

Personne de contact : _____ Tél.: _____