



## DEMANDE DE PRESTATIONS DE SOINS ET AIDE À DOMICILE

Nom du client .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse de résidence .....

.....

.....

NPA et localité .....

Téléphone .....

Assurance .....

Médecin traitant .....

COLLER L'ÉTIQUETTE PATIENT ICI

**PERSONNE  
À CONTACTER**

(nom, tél., lien avec le patient)

.....  
.....

## SYNTHÈSE DES PRESTATIONS DEMANDÉES

☐ Soins infirmiers

Commentaires : .....

☐ Soins de base corporels

☐ Services de veille à domicile de jour et/ou de nuit

☐ Aide administrative, compagnie

☐ Téléassistance

☐ Aide à domicile  
(courses, ménage, préparation de repas...)

**DATE DE PRISE EN CHARGE SOUHAITÉE**

.....

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

## MANDATAIRE

Institution / Cabinet .....

Nom du demandeur .....

Téléphone .....

Courriel ou fax .....

CACHET

**Pro - Maintien à domicile**

Avenue des Morgines, 12 1213 Petit Lancy - T. + 41 (0) 22 792 11 11 - F. +41 (0) 22 792 11 22

**promad@hin.ch**