imad INSTITUTION GENEVOISE DE MAINTIEN À DOMICILE
Ligne d'accueil
des demandes (LAD)
T 022 420 20 20
F 022 420 20 21
lad_imad@imad-ge.ch

A faxer à la LAD
022 420 20 21

Demande de prestations aide et soins à domicile et séjour en UATR

Nom du client : ..... … Prénom : .....

☐ M ☐ F Etat civil : Date de naissance : N° client (si connu) .....

Nationalité : .....N° AVS : … .....

Adresse de résidence : .....

NPA et localité : ..... Tél. : .....

Chez : ..... Etage : .....

Représentant légal : .....

Situation familiale : ☐ vit seul ☐ conjoint ☐ enfants autres : .....

Nom du demandeur : .....

☐ Inf. EMD ☐ Inf. hospitalière ☐ Inf. liaison ☐ Ergothérapie ☐ Ass.Soc./ Inf. santé pub
☐ Gérant social ☐ Médecin ☐ Client ☐ Proche aidant

Institution : ..... Date de sortie : .....

Département / unité : ..... Tél. : .....

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

Personne à contacter / lien avec le client : .....

..... Tél. : .....

Prestations demandées

☐ soins infirmiers ☐ soins de base / corporels ☐ repas portage à domicile
☐ aide au ménage / aide à la famille ☐ ergothérapie ☐ sécurité à domicile
☐ consultation parents / enfants ☐ changement de médecin / assurance ☐ UATR ☐ IEPA

Formulation résumée de la demande / fréquence .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Intervention dès le : ..... autres intervenants : .....

Visa : Date :