



Résidence
Bon Accueil

Nom du référent :

Pour faire connaissance...

Pour votre bien-être et le meilleur accueil possible... Nous vous proposons de remplir ce questionnaire. Vous pouvez le faire avec l'aide d'un proche si nécessaire...et sachez que vous n'êtes pas tenu de répondre aux questions qui vous sembleraient trop indiscrettes.

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Date d'entrée..... Motif :

Consentement à l'entrée oui non

Document rempli par : Le :

Résidence Bon Accueil
Touvois

Votre enfance :

Nombre de frères et sœurs :

Place dans la fratrie :

Métier de votre père :

De votre mère :

Où habitez-vous ? :

Avez-vous connu des déménagements fréquents ?

Viviez-vous avec d'autres membres de la famille ?

Événements /souvenirs marquants (enfance, école...)

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

Votre vie sociale :

Si vous êtes marié(e), à quel âge ?

Prénom et nom du conjoint :

Avez-vous travaillé ?

Dans quel domaine ?

Travail du conjoint ?

Dans quel domaine ?

Etes-vous veuf (ve) divorcé(e)

Si oui depuis combien de temps ?

Avez-vous eu des enfants ?

Prénoms et date de naissance :.....

.....

.....

Avez-vous des petits enfants et/ou arrières petits -enfants ?.....

Combien ?.....

Evènements marquants de la vie(grandes joies, peurs, accidents, deuils).....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous vécu en maison ou en appartement ?.....

Aviez-vous un animal domestique ?.....

Qui s'en occupe en dehors de vous ?.....

Quelles sont vos passions,occupations,loisirs (jardinage,lecture,cuisine...) ?....

.....

.....

.....

Votre personnalité :

Quelle est votre nature,votre caractère (jovial,convivial ou plutôt renfermé,impulsif,méticuleux ou désordonné, timide...) ?

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

Qu'est-ce qui vous déstabilise,vous insécurise, ou vous irrite dans la vie de tous les jours ?

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

Etes-vous coquet(te) ?.....

Quelle est votre religion ?.....

Etes-vous pratiquant(e) ?.....

Attentes concernant l'entrée à la résidence Bon Accueil

Désire continuer à faire :

Ne souhaite pas faire.....

Souhaits d'animations ou d'activités.....

.....
.....

Votre santé et vos habitudes de vie

Allergies diverses :

.....
.....

Vue : bonne moyenne faible lunettes

Audition : bonne moyenne faible

Appareil auditif gauche droit

Dentition : Prothèse haut bas

Sommeil :

Heure de lever : de coucher :

Qualité de sommeil :

Rituels (tisane, lumière...)

.....
.....

Alimentation :

Appétit bon normal petit

Consistance normale hachée mixée

Préférences alimentaires :

Dégoûts :

Hydratation :

liquide boisson gazeuse boisson gélifiée

N'hésitez pas à mentionner toutes informations qui pourraient vous aider à vous adapter au mieux dans votre nouveau lieu de vie .

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

Personne de confiance

Nom : Prénom :

Lien :

Adresse :

Tél :

Prévenir : jour nuit

Souhaits de fin de vie

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

Rappel : ce paragraphe peut être rempli plus tard .