

ETAT DES FRAIS DIVERS 2016.

Motif du supplément	Prix facturé
Béquille adulte	8,38 euro/pièce
Béquille enfant	12,46 euro/pièce
Beurre de cacao	3,44 euro/pièce
Boite à dentier	2,12 euro/pièce
Bouteille eau 1,5 L	1,50 euro/pièce
Brosse à cheveux	5,40 euro/pièce
Brosse à dent adulte	2,87 euro/pièce
Brosse à dent enfant	0,87 euro/pièce
Coton tiges	1,15 euro/boite
Coupe-ongles	1,84 euro/pièce
Dentifrice	3,79 euro/pièce
Eau de Cologne	4,59 euro/pièce
Housse patient DCD	35,80 euro/pièce
Huile de bain Mustela	2,98 euro/pièce
Huile de massage Mustela	2,98 euro/pièce
Lait de toilette Mustela	2,51 euro/pièce
Lingette (boite)	5,40 euro/pièce
Lit accompagnant	9,47 euro/nuit
Mouche bébé	6,51 euro/pièce
Mousse à raser	3,56 euro/pièce
Pampers Maxi	5,85 euro/paquet
Pampers Micro	3,56 euro/paquet
Pampers Midi	6,89 euro/paquet
Pampers New Born	6,31 euro/paquet
Peigne	1,37 euro/pièce
Râpe pour pied diabétique (Médecine Marche)	6,30 euro/pièce
Sangle monito disposable réf. M2208A	2,49 euro/pièce
Savonnette	1,37 euro/pièce
SET MUSTELA	12,60 euro/pièce
Shampooing adulte	3,21 euro/pièce
Shampooing bébé Mustela	4,82 euro/pièce
Table de nuit frigo	4,41 euro/jour
Table de nuit frigo - coffre fort (MARCHE)	5,46 euro/jour

F010 - Formulaire de demande d'inscription d'un patient au Réseau Santé Wallon avec consentement libre et éclairé

I. Personne concernée (patient)

Merci de coller dans ce cadre une étiquette mentionnant les coordonnées du patient :

- N° national
- Date de naissance
- NOM (majuscules)
- Prénoms
- Adresse
- E-mail

Identification de l'Institution Hospitalière assurant l'inscription du patient :

✓ IFAC - Hôpital Princesse Paola de Marche-en-Famenne



II. Responsable légal (ne pas remplir si le demandeur est le patient ; sinon à remplir par son représentant légal)

Numéro National	□□ . □□ . □□ - □□□□ . □□
NOM (majuscules)	
Prénoms	
Né(e) le	
Domicilié(e) à	
E-mail	Téléphone

Je, soussigné(e), _____

- **demande librement à inscrire la personne concernée au Réseau Santé Wallon** (<https://www.reseausantewallon.be>), afin de permettre aux professionnels de la santé impliqués dans les soins qui sont prodigués à la personne concernée, d'échanger, via le Réseau Santé Wallon géré par la FRATEM, des documents médicaux qui la concernent. Cette source d'informations médicales supplémentaires reste d'un accès facultatif pour les médecins et ne peut être considérée comme exhaustive.
- déclare accepter les modalités de ces communications dont j'ai été informé par la brochure explicative (www.rsw.be/brochure) ainsi que le règlement vie privée (www.rsw.be/reglementvieprivee) que j'ai pu consulter, notamment en ce qui concerne les possibilités qui sont offertes pour faire assister la personne concernée, faire représenter légalement la personne concernée, restreindre l'accès de certains documents médicaux aux seuls professionnels désignés par la personne concernée ou son représentant légal, obtenir la liste des professionnels de la santé ayant accédé aux documents médicaux de la personne concernée, et le fait que l'inscription au Réseau Santé Wallon vaut pour consentement à l'échange de données au niveau national dans le cadre de la continuité des soins (www.patientconsent.be).
- demande également à ce que le médecin traitant de la personne concernée indiqué ci-dessous soit autorisé à accéder aux documents référencés la concernant et ce, pour autant qu'il soit inscrit au Réseau Santé Wallon (facultatif, vous pouvez à tout moment ajouter et modifier les autorisations à partir de votre espace privé sur le site www.rsw.be ou via votre médecin).

Je, soussigné(e), _____

ne souhaite pas inscrire la personne concernée au Réseau Santé Wallon.

III. Médecin traitant (ou cachet du médecin) : NOM + Prénom du médecin + N° INAMI

Ce formulaire est destiné au Service Administratif de l'Institution Hospitalière mentionnée ci-dessus. Par la présente, je demande à cette Institution Hospitalière d'assurer l'inscription de la personne concernée au Réseau Santé Wallon.

En cas de litige, la personne concernée ou son représentant légal peut s'adresser au Service Administratif de la FRATEM (Tél. : 04/224 81 75 - info@rsw.be - Rue de Hesbaye, n°75 – 4000 Liège) ou au Médiateur du Réseau Santé Wallon (Tél. : 04/370 74 08 - mediateur@rsw.be).

Fait en double exemplaire (patient + Institution Hospitalière) à, le/...../.....

Signature du demandeur :

Cette demande sera archivée par l'Institution, qui s'engage à en fournir une copie à la FRATEM en cas de litige avec le patient.

Réf scanning:.....

VIVALIA

IFAC HOPITAUX DE BASTOGNE ET MARCHE

Rue du Vivier, 21

6900 MARCHE-EN-FAMENNE

Marche-en-Famenne, le

Tél. 084/ 219.111

M
Chambre :

N° Administratif :

N° Admission :

DEMANDE D'ACOMPTE

Madame, Monsieur,

Conformément à la CONVENTION ENTRE LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET LE COMITE DE GESTION DU SERVICE DES SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE – INVALIDITE article 6, nous vous prions de bien vouloir verser l'acompte de pour votre hospitalisation.

Cette somme doit être versée en liquide ou par bancontact au service des admissions pendant les heures de bureau (08 H 00 – 16 H 30) ou à la réception en dehors de ces heures.

En vous remerciant de la diligence dont vous voudrez bien faire preuve, nous vous présentons, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

La Direction

ASSISTANCE MORALE, RELIGIEUSE OU PHILOSOPHIQUE AUX PATIENTS HOSPITALISES
Hôpital Princesse Paola de Marche-en-Famenne

Madame,
Mademoiselle,
Monsieur,

Vous devez savoir que vous avez le droit de demander et de recevoir la visite d'un représentant de votre religion ou bien d'un conseiller laïc qui professe une opinion morale ou philosophique non religieuse.

Vous trouverez ci-dessous les noms et adresses des personnes qui sont à la disposition de notre hôpital. Toutefois, vous pouvez demander la visite d'un autre représentant de votre religion ou d'un autre conseiller laïc. Dans ce cas, il faut nous donner son nom, son adresse et, si vous le connaissez, son numéro de téléphone. Nous essaierons de vous donner satisfaction dans toute la mesure du possible.

Vous pouvez nous signaler aussi que vous ne désirez recevoir, jusqu'à nouvelle indication de votre part, aucun représentant religieux ni conseiller laïc.

Finalement vous devez savoir:

1. que, si vous remplissez le formulaire ci-après, vous devez nous le faire remettre sous enveloppe fermée;
2. que vous n'êtes pas obligé de remplir ce formulaire;
3. que vous pouvez ultérieurement changer d'avis et nous le faire savoir.

Noms et adresses des personnes qui sont à la disposition de notre hôpital :

Religion Catholique	Monsieur Etienne DETHISE dethise.etienne@ifac.be 084/37.49.49
Eglise Protestante de Belgique	Monsieur le Pasteur Stéphan TOSBERG Quatre bras de Gênes 1 6987 Hodister 084/32.25.74 - 0494/66.37.75
Conseiller Musulman	Exécutif des Musulmans de Belgique Rue de Laeken 166 - 168 1000 Bruxelles 02/210-02-30 « contact@embnet.be »
Conseiller Laïque	Service laïque d'aide aux personnes - Luxembourg 061/22.50.60 En soirée, les week-ends et jours fériés : Madame Micheline DEMET-SATINET 061/61.14.68
Eglise Orthodoxe de Belgique	Monsieur Adrian TIRON adrian.tiron@yahoo.fr 0487/86.74.14

La Direction



Hôpital Princesse Paola de Marche-en-Famenne

Unité de soins : Etage : Chambre :
Lit :

Déclaration (non obligatoire) à remettre à l'accueil ou dans la boîte de Mr Dethise

Je soussigné (identité - nom de jeune fille).....
.....désire

- *recevoir la visite
 - du représentant de la religion.....
 - du conseiller laïc.....
- recevoir la visite de M. (nom et adresse du représentant religieux ou du conseiller laïc)
.....
.....
.....
- ne recevoir, jusqu'à nouvelle indication de ma part, aucune visite d'un représentant religieux ou d'un conseiller laïc.

*Biffer la mention inutile

Date et signature