

Demande d'Admission en Maison de Soins

Aufnahmeantrag für unser Pflegeheim

Assistante sociale : *Mme Caroline Tibesar*, – Tél. +352 39 94 91-2304

N° d'inscription : _____

Date de la demande : .../.../.....

Le Résident

Identité

M., Mme, / Herr, Frau,

Nom / Name :

Prénom / Vorname :

Nom de naissance / Geburtsname :

Adresse / Anschrift

Rue / Strasse..... N°

Code Postal / Postleitzahl..... Localité / Ortschaft

Commune / Gemeinde

Téléphone / Telefonnummer..... GSM / Mobiltelefon:

Nationalité / Staatsangehörigkeit:

Etat civil / Zivilstand :

Date de naissance / Geburtsdatum :

Lieu de naissance / Geburtsort :

Caisse de maladie / Krankenkasse :

Matricule national / Registriernummer :

Caisse Medico-Chirurgicale N°

Enrole(e) de Force

Oui (*joindre certificat*) Non

Le résident vit actuellement / Der Patient wohnt momentan

- A son domicile : *Zu Hause* Seul *Allein* Accompagné : *In Begleitung*
- Au domicile d'un parent / *Im Haus eines Familienmitgliedes* :
- Nom du réseau / *Name des Pflegedienstes* :
- A l'hôpital / *Im Krankenhaus*
- Lequel / *Welches* Depuis quand / *Seit dem*
- Autre institution / *Andere Einrichtung* : Depuis le / *Seit dem* : .../.../.....

Pour quelle raison le maintien à domicile est-il devenu impossible ?
Aus welchem Grund wurde die Pflege zu Hause unmöglich?

Degré d'autonomie / Grad der Selbstständigkeit :

- Orienté, Lucide *Sich zurechtfinden, Klar bei Verstand sein* Désorienté *Orientierungslos* Se déplace en chaise roulante *Bewegt sich im Rollstuhl*

Assurance Dépendance / Pflegeversicherung

La personne a introduit une demande d'assurance dépendance en date du
Die Person beantragte eine Pflegeversicherung am :

Elle a été évalué (e) par la cellule d'évaluation le
Wurde von der „cellule d'évaluation“ untersucht am

Décision : Niveau de besoins en aides et soins : forfait n°
Entscheidung: Grad der Hilfsmittel- und Pflegebedürftigkeit: Pauschale n° :

- Joindre copie de la synthèse de prise en charge / *Kopie des Aufnahmeplans beifügen*

Le représentant du résident / Der Beauftragte des Senior

M., Mme, Herr, Frau,

Nom / Name :

Prénom / Vorname :

Lien de parenté avec le résident / Verwandtschaftsverhältnis:

Adresse / Anschrift :

Téléphone / Telefonnummer : GSM / Mobiltelefon :

Bureau / Büro : Adresse E-mail :

Autres contacts :

❖ Nom, Prénom Lien de parenté :

Tél : GSM :

❖ Nom, Prénom Lien de parenté :

Tél : GSM :

Demande

Urgente / Dringend

Préventive / Vorbeugend

Autre(s) demande(s) de placement faite(s) à

Bereits gestellte Anträge

Date:/...../.....

Signature / Unterschrift

En introduisant la présente demande d'admission, vous marquez votre consentement au traitement de vos données à caractère personnel par la Maison de soins de l'Hôpital Intercommunal de Steinfort. Sauf retrait préalable de votre demande, vos données seront conservées pendant une durée de 5 ans. A la fin de la période précitée et sauf maintien de votre demande, celles-ci seront supprimées de nos supports. Pour toute question relative au traitement de vos données à caractère personnel ou lorsque vous souhaitez exercer vos droits, veuillez prendre contact avec notre Délégué à la protection des données : dpo@his.lu.