HOPITAL INTERCOMMUNAL STEINFORT
60 ans

1, rue de l'Hôpital
L-8423 STEINFORT

Demande d'hospitalisation et de rapport de prise en charge à la sortie au Centre de Rééducation Fonctionnelle Gériatrique

☐ Unité de soins de rééducation (stationnaire) secretariat.medical@his.lu
Faxer au numéro : 39 94 91 20 35
☐ Hôpital de jour de rééducation (ambulatoire) secretariat.medical@his.lu
Faxer au numéro : 39 94 91 70 07

Rééducation : ☐**Neurologique** ☐**Orthopédique** ☐**Médecine Interne**

Nom de naissance et prénom du patient .....
Numéro matricule .....
Médecin demandeur.....
Etablissement / Coordonnées du service .....
Date d'entrée du patient .....
Motif.....
But de la rééducation.....
Pathologie .....
Date du traumatisme ..... Date d'opération.....
Antécédents.....
Evolution en cours d'hospitalisation.....
Troubles cognitifs (désorientation, confusion) .....
Mode de déplacement (aide technique, appui) .....
Hygiène hospitalière : ☐ MRSA ESBL ☐ COVID 19 ☐
Si oui date du prélèvement .....

Contexte social : A Remplir absolument

Projet du patient .....

Personne de référence (nom et numéro de téléphone) .....
Statut Réseaux : NON ☐ OUI ☐ DEMANDÉ ☐
Type de réseau : ☐ Help ☐ Hellef Doheem ☐Autre : .....
Bénéficiaire Assurance Dépendance : NON ☐ OUI ☐, depuis le .....
Demandé, le .....

Date d'admission souhaitée .....

Date de la Demande et Signature