

Demande d'Admission au Centre de Jour

Aufnahmeantrag für unser Tageszentrum

Coordinatrice : Delphine JEAN Tél: +352 39 94 91-5000

N° d'inscription :

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

Le Senior

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 nationale / Registriernummer :

Caisse Medico-Chirurgicale N°.....



Le senior vit actuellement / Der Senior 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 quelles raisons désirez-vous fréquenter le Centre de Jour ?

Aus welchem Grunde möchten Sie das Tageszentrum besuchen?

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° :

Répartition : Prestations en nature forfait _____ / Prestations en espèces forfait _____
Aufschlüsselung: Sachleistungen pauschal _____ / Paket mit Geldleistungen _____

Activités : AAI _____ h / AMD-GG _____ h
Aktivität : AAI _____ h / AMD-GG _____ h

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

Le représentant du senior / Der Beauftragte des Senior

M., Mme, Herr, Frau,

Nom / Name :

Prénom / Vorname :

Lien de parenté avec le senior / 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 :

❖ Médecin traitant (behandelnder Arzt): Nom, Prénom :

Adresse :

Tél : GSM :

Adresse de facturation (Rechnungsadresse):

.....
.....

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

Signature / Unterschrift