

Demande d'ADMISSION dans notre CENTRE DE JOUR PSYCHO-GERIATRIQUE

AUFNAHMEANTRAG IN UNSERE EINRICHTUNG

Chargée de Direction: Régine ARNOLD

Coordinatrice: Magali POLET

Tél : 39 94 91-5000

LE(LA) CLIENT(E) / DER(DIE) KUNDE / KUNDIN

Identité : (joindre une copie de la carte de sécurité sociale)

M., Mme, Mlle,
Herrn, Frau, Fräulein,

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____
Name Mädchenname Vorname

Adresse : _____
Anschrift

Code postal : _____ Localité : _____ Commune : _____
Post Leitzahl Ortschaft Gemeinde

Téléphone : _____ GSM / Handy
Rufnummer Privé / Privat

Nationalité : _____ Etat civil : _____
Staatsangehörigkeit Zivilstand

Date de naissance : . . / . . / Lieu de naissance : _____
Geburtsdatum Geburtsort

Caisse de maladie : _____ Matricule nationale : -
Krankenkasse Registriernummer

Le client vit actuellement / Der Kunde wohnt momentan :

à son domicile : Seul Accompagné : _____
Zu Hause Allein In Begleitung

au domicile d'un parent : _____
Im Haus eines Elternteils

Nom du Réseau : _____
Name des Netzdienstes

Nom de l'aidant informel : _____
Name

Autre institution : _____ depuis quand : _____
Andere Einrichtung seit dem

Pour quelles raisons désirez-vous fréquenter le CPG ? / Aus welchem Grunde Besuchen sie der CPG ?

Degré d'autonomie / Grad der Selbstständigkeit :

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

Assurance Dépendance / Pflegeversicherung :

Le client a introduit une demande d'Assurance Dépendance en date du . . . / . . . /

Der Kunde hat einen Antrag auf Pflegeversicherung gestellt am

Il a été évalué par la Cellule d'Evaluation en date du . . . / . . . /

Die Bewertung war am

Décision : _____ minutes / semaine, dont _____ minutes de centre de jour spécialisé / semaine.
Entscheidung Stunden / Woche, davon Stunden Tagesstätte / Woche

→ (joindre copie du plan de prise en charge)
(Kopie des Annahme Plans beifügen)

LE REPRESENTANT DU CLIENT *(DER REPRÄSENTANT DES KUNDE)*

M., Mme, Mlle, Herr, Frau, Fräulein,

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____
Name Vorname

Adresse : _____
Anschrift

Code postal : _____ Localité : _____ Commune : _____
Post Leitzahl Ortschaft Gemeinde

Téléphone : _____
Rufnummer Privé / Privat GSM / Handy Bureau / Büro

Adresse E-mail : _____

Autres contacts :

❖ NOM, Prénom : _____ Lien de parenté : _____
Tél : _____

❖ NOM, Prénom : _____ Lien de parenté : _____
Tél : _____

❖ Médecin traitant :
NOM, Prénom : _____
Adresse : _____
Tél : _____

Adresse de facturation :

DATE : . . . / . . . /

SIGNATURES / *UNTERSCHRIFT*

Client
Kunde

Représentant du client
Repräsentant des Kunde