

### Maison de soins - Service social

Mme. Caroline Tibesar, assistante sociale - Tél. 399 491-2304

#### DEMANDE D'ADMISSION DANS NOTRE ETABLISSEMENT D'AIDE ET DE SOINS - AUFNAHMEANTRAG IN UNSERE PFLEGEEINRICHTUNG

**LE(LA) SOUSSIGNE(E)**  
*DER(DIE) UNTERZEICHNENDE*

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
*NAME VORNAME*

ADRESSE \_\_\_\_\_  
*ANSCHRIFT*

TELEPHONE \_\_\_\_\_  
*RUFNUMMER PRIVE/PRIVAT GSM/HANDY BUREAU/BÜRO*

#### DEMANDE D'INSCRIRE *MÖCHTE HIERMIT EINSCHREIBEN*

M., MME, MLLE,  
*HERRN, FRAU, FRÄULEIN,*

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
*NAME VORNAME*

#### ENROLE(E) DE FORCE

- OUI (*joindre certificat*)  
 NON

NATIONALITE \_\_\_\_\_  
*STAATSANGEHÖRIGKEIT*

ETAT CIVIL \_\_\_\_\_  
*ZIVILSTAND*

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
*GEBURTSDATUM*

LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
*GEBURTSORT*

DEGRE DE PARENTE AVEC LE REQUERANT \_\_\_\_\_  
*FAMILIENGRAD MIT DEM ANTRAGSTELLER*

CAISSE DE MALADIE \_\_\_\_\_  
*KRANKENKASSE*

CAISSE MEDICO-CHIRURGICALE N° \_\_\_\_\_

MATRICULE NATIONALE \_\_\_\_\_  
*NATIONALE VERSISCHERUNGSNUMMER*

ADRESSE RUE \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
ANSCHRIFT STRASSE

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ LOCALITE \_\_\_\_\_ COMMUNE \_\_\_\_\_  
POST LEITZAHL ORTSCHAFT GEMEINDE

TELEPHONE \_\_\_\_\_  
RUFNUMMER

LA PERSONNE SE TROUVE ACTUELLEMENT

- A DOMICILE / ZU HAUSE NOM DU RESEAU : \_\_\_\_\_
- A L'HOPITAL / IM KRANKENHAUS  
LEQUEL / WELCHES \_\_\_\_\_ DEPUIS QUAND / SEIT DEM \_\_\_\_\_
- AUTRE INSTITUTION / ANDERE EINRICHTUNG  
LAQUELLE / WELCHE \_\_\_\_\_  
DEPUIS QUAND / SEIT DEM \_\_\_\_\_

POUR QUELLE RAISON LE MAINTIEN A DOMICILE EST DEvenu IMPOSSIBLE ?  
AUS WELCHEM GRUND WURDE DIE PFLEGE ZU HAUSE UNMÖGLICH?

\_\_\_\_\_

LA PERSONNE A INTRODUIT UNE DEMANDE D'ASSURANCE DEPENDANCE

EN DATE DU \_\_\_\_\_  
ELLE A ETE EVALUE(E) PAR LA CELLULE D'EVALUATION LE \_\_\_\_\_  
WURDE VON DER CELLULE D'EVALUATION UNTERSUCHT AM

DECISION : \_\_\_\_\_ HEURES/SEMAINE (joindre copie du plan de prise en charge)  
ENTSCHEIDUNG : \_\_\_\_\_ STUNDEN/WOCHE

PERSONNE

- ORIENTEE / LUCIDE
- DESORIENTEE / DEMENTE

DEMANDE

- URGENTE / DRINGEND
- PREVENTIVE / VORBEUGEND

AUTRE(S) DEMANDE(S) DE PLACEMENT FAITE(S) A \_\_\_\_\_  
BEREITS GESTELLTE ANTRAEGE

DATE \_\_\_\_\_  
DATUM

SIGNATURE \_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT