

**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 :  Seul  Accompagné : .....
- Zu Hause* *Allein* *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  Désorienté  Se déplace en chaise roulante
- Sich zurechtfinden,* *Orientierungslos* *Bewegt sich im Rollstuhl*
- Klar bei Verstand sein*

**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

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](mailto:dpo@his.lu).