

**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*