

Demande d'Admission au Centre de Jour

Aufnahmeantrag für unser Tageszentrum

Coordinateur : Ronny LINDEN 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.