

Demande d'Admission au Centre de Jour pour Personnes Âgées
Aufnahmeantrag für unser Tageszentrum für ältere Menschen
Responsable de service : 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 de maladie complémentaire / Zusatzkasse : N°

Existence d'une mesure de protection juridique / Existenz einer gesetzlichen

Schutzmaßnahme :

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:/...../.....

- Repas sur roues du HIS : ☐ OUI ☐ NON
 ▪ Essen auf Rädern vom HIS Ja Nein

Si oui, les jours concernées sont :
 Wenn ja, an folgenden Tagen:

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 / Verwandschaftsverhältnis :

Adresse / Anschrift:

Téléphone / Telefonnummer: GSM / Mobiltelefon:.....

Bureau / Büro: Adresse E-mail:.....

Aidant du sénior, défini dans la décision de l'assurance dépendance: ☐ oui ☐ non

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.