



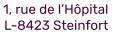
## Demande d'Admission au Centre de Jour pour Personnes Âgées

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 / AnschriftRue /	Straße
Code Postal / PostleitzahlLocal	ité / 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 / Zusatzkas	se :
Existence d'une mesure de protection juridiqu	e / Existenz einer gesetzlichen
Schutzmaßnahme :	

**Mail:** info@his.lu **Tel:** +352/39 94 91 - 1 **Fax:** +352/39 82 73 **Site:** www.his.lu





Le senior vit actuellement / Der Senior wohnt momentan		
□ A son domicile : □ Seul □ Accompagné :		
□ 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:/		
<ul> <li>Repas sur roues du HIS : □ OUI □ NON</li> <li>Essen auf Rädern vom HIS Ja Nein</li> <li>Si oui, les jours concernées sont : Wenn ja, an folgenden Tagen:</li> </ul>		
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°		
Répartition : Prestations en nature forfait/Prestations en espèces forfait/  Aufschlüsselung: Sachleistungen pauschal/ Paket mit Geldleistungen		
Activités : AAIh / AMD-GGh  Aktivität : AAIh / AMD-GGh		
☐ Joindre copie de la synthèse de prise en charge / Kopie des Aufnahmeplans beifügen		

**Mail:** info@his.lu **Tel:** +352/39 94 91 - 1 **Fax:** +352/39 82 73 **Site:** www.his.lu



## Le représentant du senior / Der Beauftragte des Senior

M., Mr	me, <i>Herr, Frau,</i>	
Nom /	Name :	
Préno	m / Vorname :	
Lien d	e parenté avec le senior / Verwandschaftsverhältnis :	
Adress	se / Anschrift:	
Téléph	none / Telefonnummer: GSM / Mobiltelefon:	
Bureau / Büro: Adresse E-mail:		
Aidant du sénior, défini dans la décision de l'assurance dépendance: □ oui □ non		
Autres	s contacts :	
*	Nom, PrénomLien de parenté :	
*	Nom, PrénomLien de parenté : Tél :GSM :	
*	Médecin traitant (behandeInder Arzt): Nom, Prénom :	
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 : <a href="mailto:dpo@his.lu">dpo@his.lu</a>.

**Mail:** info@his.lu **Tel:** +352/39 94 91 - 1 **Fax:** +352/39 82 73 **Site:** www.his.lu