



Hôpital Intercommunal Steinfort

**Hôpital Intercommunal Steinfort**

1, rue de l'Hôpital  
L-8423 Steinfort

## Demande d'Admission au Centre de Jour

*Aufnahmeantrag für unser Tageszentrum*

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 : .....

**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., 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:.....

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](mailto:dpo@his.lu).*