

**Demande d'Admission
en Structure d'Hébergement pour Personnes Âgées**
Aufnahmeantrag für unser Pflegeheim

Assistante sociale : *Mme Caroline Tibesar*, – Tél. +352 39 94 91-2304

N° d'inscription : _____

Date de la demande : .../.../.....

Le Résident

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 national / *Registriernummer* :.....

Caisse Medico-Chirurgicale N°

Enrole(e) de Force

Oui (*joindre certificat*) Non

Mail : info@his.lu

Tel : +352/39 94 91 - 1

Fax : +352/39 82 73

Site : www.his.lu

Le résident vit actuellement / Der Patient 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 quelle raison le maintien à domicile est-il devenu impossible ?

Aus welchem Grund wurde die Pflege zu Hause unmöglich?

Degré d'autonomie / Grad der Selbstständigkeit :

Orienté, Lucide
*Sich zurechtfinden,
Klar bei Verstand sein*

Désorienté
Orientierungslos

Se déplace en chaise roulante
Bewegt sich im Rollstuhl

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° :

Joindre copie de la synthèse de prise en charge / *Kopie des Aufnahmeplans beifügen*

Le représentant du résident / Der Beauftragte des Senior

M., Mme, Herr, Frau,

Nom / Name :

Prénom / Vorname :

Lien de parenté avec le résident / 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 :

Demande

Urgente / Dringend

Préventive / Vorbeugend

Autre(s) demande(s) de placement faite(s) à

Bereits gestellte Anträge

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.