

DEMANDE D'ADMISSION - AUFNAHMEANTRAG

A ENVOYER A / EINSCHICKEN AN:

Direction Médicale Zitha Senior - Dr Carine FEDERSPIEL 30, rue Ste Zithe L-2763 LUXEMBOURG

Type de la demande / Art des Antrags Urgente / Dringend Préventive / Vorsorglich

DEMANDEUR / ANTRAGSTELLER

Nom / Name _____ Nom de jeune fille / Geburtsname _____
Prénom / Vorname _____ Profession / Beruf _____
Lieu de naissance / Geburtsort _____ Nationalité / Nationalität _____
Etat civil / Familienstand _____ Veuf/ve, depuis quand / Verwitwet, seit _____
Caisse de maladie / Krankenkasse _____ Matricule / Sozialversicherungsnummer _____
Langues / Sprachen L. D. F. Autres / Andere _____
Adresse actuelle / Derzeitige Adresse _____
☎ _____ L- _____

PERSONNE DE REFERENCE / BEZUGSPERSON

(Famille, Tuteur, Assistant/e social/e) / (Angehörige, Vormund, Sozialfürsorger/in)

Tuteur / Vormund OUI / JA NON / NEIN Curateur / Betreuer OUI / JA NON / NEIN
Lien de parenté / Verwandtschaftsgrad _____
Nom / Name _____ Prénom / Vorname _____
Adresse / Adresse _____
☎ _____ L- _____

MOTIF DE LA DEMANDE / ANTRAGSGRUND

TYPE DE SEJOUR / ART DES AUFENTHALTS

Moyen séjour / Kurzeitaufenthalt (max. 3 mois / max. 3 Monate) Long séjour / Langzeitaufenthalt

SITES PAR ORDRE DE PREFERENCE / STANDORTE NACH BEVORZUGTER REIHENFOLGE

(1, 2, 3, 4) Contern (année 2012) Consdorf Petange St Jean de la Croix (Luxembourg)

SITUATION MEDICO-SOCIALE / MEDIZINISCHE- / SOZIALE LAGE

SEJOUR ACTUEL / AKTUELLER AUFENTHALTSORT

Hôpital / Krankenhaus Lequel / Welches _____
 Rééducation gériatrique / Geriatrische Rehabilitation Laquelle / Welche _____
 Domicile / Zu Hause seul(e) / allein OUI / JA NON / NEIN _____

SERVICES A DOMICILE / HILFE ZU HAUSE

Aucun / Keine Repas sur roues / Essen auf Rädern Femme de ménage privée / Private Putzfrau
 Aide par famille / Pflege durch Angehörige Téléalarme / TeleAlarm Soins (privés) / Pflege (privat)
 Club Senior / Senior Club Lequel / Welcher _____
 Centre de jour spécialisé / Tagesstätte Lequel / Welche _____
 Réseau à domicile / Ambulantes Pflegenetz Lequel / Welches _____

Si réseau à domicile, prise en charge par l'Assurance Dépendance?

Im Falle der Betreuung durch ein ambulantes Pflegenetz, Übernahme durch die Pflegeversicherung?

OUI / JA NON / NEIN Depuis quand / Seit wann _____

Demande Assurance Dépendance faite? / Antrag bei der Pflegeversicherung schon gestellt?

OUI / JA NON / NEIN A quelle date / Datum des Antrags _____

Réponse de l'Assurance Dépendance / Antwort der Pflegeversicherung NON / NEIN

OUI / JA Copie en annexe / Kopie im Anhang

Nombre d'heures accordées par semaine / Wieviele Stunden pro Woche _____

ETAT DE SANTE ACTUEL / AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Etat général / Allgemeinzustand Bon / Gut Médiocre / Mittelmäßig Mauvais / Schlecht

Comportement / Verhalten

- équilibré / ausgeglichen
- perturbé / auffällig
- agressif / aggressiv

Mémoire / Gedächtnis

- bonne / gut
- moyenne / mittelmäßig
- mauvaise / schlecht

Alimentation / Ernährung

- autonome / eigenständig
- aide partielle (couper) / Teilhilfe (zerkleinern)
- aide complète / komplette Hilfe

Marche / Gehfähigkeiten

- seule / alleine
- avec canne / mit Gehstock
- avec déambulateur / mit Rollator
- en chaise roulante / im Rollstuhl

Se laver / Sich waschen

- autonome / eigenständig
- petite aide / kleine Hilfe
- aide complète / komplette Hilfe

W.-C. / WC

- continent / kontinent
- accompagnement aux W.C. / Hilfe beim Toilettengang
- Pampers la nuit / Windeln nachts
- Pampers jour et nuit / Windeln Tag und Nacht

Nom du médecin traitant spécialiste / Name des Facharztes: _____

Nom du médecin traitant généraliste / Name des Hausarztes: _____

Dernière hospitalisation / Letzter Krankenhausaufenthalt

Du / Vom _____ au / bis _____ Quel hôpital / Welches Krankenhaus _____

Raisons / Gründe _____

Médecin hospitalier / Arzt im Krankenhaus _____

Problèmes de santé actuels particuliers / Aktuell vorliegende spezifische Gesundheitsprobleme

Prothèses / Prothesen

Opérations / Operationen

Médicaments pris actuellement / Aktuell eingenommene Medikamente

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES / ZUSATZINFORMATIONEN

Rempli par / Ausgefüllt von _____ le / am _____

Une saisie et une communication rapide et systématique de vos données sont une condition préalable pour une prise en charge de bonne qualité. Afin de protéger votre vie privée, nous vous assurons que les documents et données qui se trouvent dans votre dossier et dans les systèmes électroniques de traitement des données sont traités de façon strictement confidentielle.

Dans le cadre de votre prise en charge, il est nécessaire que les personnes suivantes aient accès à vos données: le personnel de l'établissement, le médecin traitant et selon les besoins, toute autre personne qualifiée et utile pour votre prise en charge. Ces règlements internes seront réalisés selon les dispositions légales. Toutes les informations sont en outre protégées par le secret professionnel auquel sont liés tous les membres du personnel de l'établissement.

La/le soussigné(e) a pris connaissance de cette information et donne son accord pour l'utilisation des informations et données selon la réglementation susdite.

Eine schnelle und systematische Erfassung, Verarbeitung und Kommunikation von Ihren Daten ist eine Voraussetzung für eine bestmögliche Übernahme in unserem Heim. Zum Schutz Ihrer Privatsphäre versichern wir Ihnen, dass wir die Dokumente und Daten, die sich in Ihrer Patientenakte und den elektronischen Datenverarbeitungssystemen befinden, streng vertraulich behandeln.

Im Rahmen Ihrer Behandlung ist es erforderlich, dass folgende Personen Zugang zu Ihren Daten haben: das Heimpersonal, Ihr Hausarzt und nach Bedarf jede weitere für die Behandlung nötige, qualifizierte Person.

Diese internen Regelungen werden entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen umgesetzt. Alle Informationen sind zusätzlich durch das Berufsgeheimnis, an welches das gesamte Heimpersonal gebunden ist, geschützt.

Die/der Unterzeichnende(r) hat diese Information zur Kenntnis genommen und gibt sein Einverständnis für die Nutzung der Informationen und Daten gemäß der oben genannten Regelungen.

.....
(Signature / Unterschrift)

.....
(Datum / Date)

CERTIFICAT MEDICAL A JOINDRE A LA DEMANDE D'ADMISSION



A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

PATIENT

Nom _____ Nom de jeune fille _____
Prénom _____ Matricule national _____

MEDECIN TRAITANT

Nom _____ Prénom _____
Adresse / Adresse _____
☎ _____ L- _____ le _____

MOTIF DE LA DEMANDE EN ETABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS

ETAT DE SANTE ACTUEL

Dépendance physique _____

Dépendance psychique _____

Test de Folstein (MMS) _____ /30 Date _____

Antécédents médicaux _____

Antécédents chirurgicaux _____

Antécédents familiaux _____

Facteurs de risque

- TABAC ALCOOL HTA OBESITE HYPERCHOLESTEROLEMIE DIABETE

LIEUX ET MOTIFS DES DERNIERES HOSPITALISATIONS

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Avez-vous déjà envoyé le formulaire R20 à l'Assurance Dépendance? OUI NON

Si oui, à quelle date _____

A ENVOYER A:

Direction Médicale Zitha Senior - Dr Carine FEDERSPIEL 30, rue Ste Zithe L-2763 LUXEMBOURG