

DEMANDEUR / ANTRAGSTELLER

Nom / Name _____ Nom de jeune fille / Geburtsname _____
 Prénom / Vorname _____ Profession / Beruf _____
 Date de naissance / Geburtsdatum _____ Lieu de naissance / Geburtsort _____
 Nationalité / Nationalität _____ Etat civil / Familienstand _____
 CNS Autre Caisse de maladie / Andere Krankenkasse Matricule / Sozialversicherungsnr. _____
 Langues / Sprachen: _____
 Adresse de résidence actuelle / Derzeitige Wohnadresse _____
 ☎ _____ L- _____ eMail : _____ @ _____
 Adresse pour futur courrier / Adresse für zukünftige Postsendungen _____
 _____ L- _____ eMail : _____ @ _____

TYPE DE LA DEMANDE / ART DES ANTRAGS

Préventive / Vorsorglich Urgente / Dringend ("fiche médicale" obligatoire / obligatorisch)

SITES PAR ORDRE DE PREFERENCE / STANDORTE NACH BEVORZUGTER REIHENFOLGE

Veillez inscrire les chiffres / Bitte folgende Ziffern eintragen : 1 - 4

Seniorie Ste Zithe Contern Tél.: 2790 1 / Nadine THIMMESCH
 Seniorie St Joseph Consdorf Tél.: 26 45 30 300 / Christiane THEISEN
 Seniorie St Jean de la Croix Luxemb. Tél.: 40 144 20 98 / Nora GOBILLOT
 Seniorie St Joseph Pétange Tél.: 50 90 81 20 30 / Tina BALDELLI

Type de prise en charge / Art der Betreuung

Seniories (Maison de soins / Pflegeheim)
 Résidences (Location appartement / Services Wohnen)
 Foyer de jour / Tagesstätte
 ZithaMobil (Aide & soins à domicile / Hilfe & Pflege Zuhause)

PERSONNE DE REFERENCE / BEZUGSPERSON

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

Lien avec le demandeur / Verhältnis zum Antragsteller _____

Nom / Name _____ Prénom / Vorname _____
 Adresse / Adresse _____
 ☎ _____ L- _____ eMail : _____ @ _____

MOTIF DE LA DEMANDE / ANTRAGSGRUND

Maladie / Krankheit Handicap / Behinderung Démence / Demenz Solitude / Einsamkeit
 Autre (à préciser) / Anderer (angeben) _____

SEJOUR ACTUEL / AKTUELLER AUFENTHALTSORT

Domicile / Zu Hause seul(e) / allein Avec réseau à domicile / Mit ambulanten Pflegedienstleistungen Logement encadré / Betreutes Wohnen CIPA, Maison de soins / CIPA, Pflegeheim Hôpital / Krankenhaus **Lequel / Welches** _____

ASSURANCE DEPENDANCE / PFLEGEVERSICHERUNG

Demande Assurance Dépendance introduite? / Antrag bei der Pflegeversicherung schon eingereicht? Date / Datum _____
 Réponse de l'Assurance Dépendance / Antwort der Pflegeversicherung
 Nombre d'heures accordées par semaine pour actes essentiels de la vie (AEV) ou niveau accordé / Wieviele Stunden pro Woche für Verrichtungen im täglichen Leben (AEV) oder genehmigte Pflegestufe _____ hrs / semaine / Std. / Woche _____ Niveau de soins / Pflegestufe 0 - 15 _____

ETAT DE SANTE ACTUEL / AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

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

Comportement / Verhalten

équilibré / ausgeglichen

perturbé / auffällig

agressif / aggressiv

Mobilité / Mobilität

seule / alleine

avec canne / mit Gehstock

avec déambulateur / mit Rollator

en chaise roulante / im Rollstuhl

Mémoire / Gedächtnis

bonne / gut

moyenne / mittelmäßig

mauvaise / schlecht

Nutrition / Ernährung

autonome / eigenständig

aide partielle (couper) / Teilhilfe (zerkleinern)

aide complète / komplette Hilfe

Soins pour hygiène corporelle / Pflege zur Körperhygiene

autonome / eigenständig

petite aide / kleine Hilfe

aide complète / komplette Hilfe

Elimination / Ausscheidung

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 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

Médicaments pris actuellement / Aktuell eingenommene Medikamente

A SIGNER S.V.P. ! / BITTE UNTERZEICHNEN!

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.

Les 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.

Die 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)

A ENVOYER A / EINSCHICKEN AN:

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

FICHE MEDICALE POUR ADMISSION EN SENIORIE

(ou copie d'un document existant)



A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT ET A ENVOYER A

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

PATIENT

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

MEDECIN TRAITANT

Nom _____ Prénom _____
Adresse / Adresse _____
☎ _____ L- _____ E-mail _____ @ _____

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

ETAT DE SANTE ACTUEL

Diagnostic principal: _____

Diagnosics secondaires: _____

Etat cognitif: MMS _____ /30 Date _____

Antécédents médico-chirurgicaux: _____

Traitement médicamenteux en cours: _____

Facteurs de risque: TABAC ALCOOL HTA OBESITE HYPERCHOLESTEROLEMIE DIABETE

Avez-vous déjà envoyé le formulaire R20 à l'Assurance Dépenda OUI Date: _____

par Dr _____ le _____ Signature _____