zitha

DEMANDE D'ADMISSION – AUFNAHMEANTRAG

TYPE DE DEMANDE / ANTRAG

☐ urgente / dringend (certificat médical obligatoire) ☐ préventive / vorbeugend

LE DEMANDEUR / DER ANTRAGSTELLER

Nom / Name			
Prénom / Vorname			
Nom de jeune fille / Mädchenname			
Adresse / Anschrift	N° Rue / Straβe		
	L- Lieu / Ort		
Matricule / Versicherungsnummer			
Date et lieu de naissance / Geburtsdatum und Geburtsort			
Nationalité / Nationalität		Caisse de Maladie / Krankenkasse	
Téléphone / Telefon ☏		E-mail	
Langue maternelle / Muttersprache			

PERSONNE DE CONTACT OU TUTEUR

Nom / Name			
Prénom / Vorname			
Téléphone / Telefon ☏		E-mail	
Adresse / Anschrift	N° Rue / Straβe		
	L- Lieu / Ort		
Lien avec le demandeur / Verhältnis zum Antragsteller	☐ Conjoint / Ehepartner ☐ Enfant / Kind ☐ Tuteur-Curateur / Vormund _____		

SITE / STANDORT		TYPE DE PRISE EN CHARGE/ ART DER BETREUUNG
☐ Seniorie Ste Zithe Contern	*Tél. : 2790 25 04*	☐ Maison de soins / Pflegeheim
☐ Seniorie St Joseph Consdorf	*Tél. : 26 453 1*	☐ Résidence (Location appartement / Mietwohnung)
☐ Seniorie St Jean de la Croix Luxembourg	*Tél. : 40 144 20 98*	☐ Foyer de jour / Tagesstätte
☐ Seniorie St Joseph Pétange	*Tél. : 50 90 81 20 30*	☐ ZithaMobil (Aide & soins à domicile / Hilfs & Pflegedienst) *Tél : 40144 2280*

ASSURANCE DEPENDANCE / PFLEGEVERSICHERUNG

Demande assurance dépendance Antrag bei der Pflegeversicherung	☐ Oui / Ja ☐ Non / Nein	Date / Datum		Niveau des soins Pflegestufe (1-15)	
Nom de votre Service aide et soins à domicile Name Ihres Hilfs- und Pflegedienst					

MOTIF DE LA DEMANDE / ANTRAGSGRUND

ETAT DE SANTE ACTUEL / AKTUELLER GESUNDHEITSZUSTAND

Problèmes de santé / Gesundheitsprobleme	Médicaments / Medikamente

Nom du Médecin traitant / Name des Hausarztes			
Etat général / Allgemeinzustand		☐bon / gut ☐médiocre / mittelmäßig ☐mauvais / schlecht	
Mémoire / Gedächtnis	☐bonne / gut ☐moyenne / mittelmäßig ☐mauvaise / schlecht	Orientation / Orientierung	☐bonne / gut ☐moyenne / mittelmäßig ☐mauvaise / schlecht
Mobilité / Mobilität	☐seul / alleine ☐avec canne / mit Gehstock ☐avec déambulateur / mit Rollator ☐en chaise roulante / mit Rollstuhl	Soins pour hygiène corporelle Pflege zur Körperhygiene	☐autonome / eigenständig ☐petite aide / kleine Hilfe ☐aide complète / komplette Hilfe
Nutrition / Ernährung	☐autonome / eigenständig ☐aide partielle (couper)/ Teilhilfe (zerkleinern) ☐aide complète / komplette Hilfe		

A SIGNER S.V.P. / BITTE UNTERZEICHNEN

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.

Le/la 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.

Der/die 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) (Date / Datum)

A ENVOYER A / EINSCHICKEN AN :

ZithaSenior – Direction Médicale 30, rue Sainte Zithe L-2763 LUXEMBOURG

email: admission@zitha.lu

PIECES A JOINDRE / BEIZUFÜGENDE DOKUMENTE

- Copie de la décision de l'Assurance dépendance / Kopie der Entscheidung der Pflegeversicherung
- Certificat médical / Arztzeugnis (pour demande urgente / bei dringendem Antrag)

Inscription à notre Newsletter / Newsletter-Anmeldung : ☐ Oui ☐ Non email: