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 - email: admission@zitha.lu

PATIENT

Nom _____ Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Matricule ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

MEDECIN TRAITANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ L- _____

Téléphone _____ E-mail _____

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

_____

_____

ETAT DE SANTE ACTUEL

Diagnostic princpal _____

Diagnostics secondaires _____

Etat cognitif MMS _____ /30 Date _____

Antécédents médico-chirurgicaux _____

Traitements médicamenteux en cours _____

Facteurs de risque : ☐ TABAC ☐ ALCOOL ☐ HTA ☐ OBESITE ☐ HYPERCHOLESTEROLEMIE ☐ DIABETE

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

par Dr _____ le _____ Signature _____