
DEMANDE D'ADMISSION AUFNAHMEANTRAG



TYPE DE DEMANDE D'ADMISSION / ANTRAG

☐

Urgente/ Dringend

☐

Préventive/Präventiv

LE DEMANDEUR / DER ANTRAGSTELLER

Nom /
NameNom de jeune fille /
GeburtsnamePrénom /
VornameEtat civil /
ZivilstandMatricule /
VersicherungsnummerLieu de naissance /
GeburtsortNationalité /
NationalitätCaisse de Maladie /
KrankenkasseAdresse actuelle /
AnschriftN° /
Nr.Rue /
StraßeCP /
PLZ.Ville /
Stadt

PERSONNE(S) DE CONTACT / KONTAKTPERSON(EN)

Nom Prénom /
Name VornameLien de parenté /
VerwandschaftsgradAdresse /
AnschriftN° /
Nr.Rue /
StraßeCP /
PLZ.Ville /
StadtN° de téléphone /
TelefonnummerPrivé /
PrivatGSM /
MobiltelefonBureau /
BüroAdresse email /
E-mail Adresse

Nom Prénom /
Name Vorname

Lien de parenté /
Verwandschaftsgrad

Adresse /
Anschrift

N° /
Nr.

Rue /
Straße

CP /
PLZ.

Ville /
Stadt

N° de téléphone /
Telefonnummer

Privé /
Privat

GSM /
Mobiltelefon

Bureau /
Büro

Adresse email /
E-mail Adresse

Tutelle / Vormundschaft

☐

Oui / Ja

☐

Non/ Nein

Curatelle / Pflegerschaft

☐

Oui / Ja

☐

Non / Nein

Données concernant le tuteur ou le curateur / Angaben zum Vormund oder Treuhänder _____

DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE / BESCHREIBUNG DER AKTUELLEN SITUATION

Séjour actuel / Aktueller Aufenthaltsort

☐ **Hôpital /**
Krankenhaus

Lequel /
Welches

☐ **Rééducation gériatrique /**
Geriatrische Rehabilitation

Laquelle /
Welche

☐ **Domicile /**
Zu Hause

☐ **Autre /**Sonstige :

Services à domicile /Häusliche Pflege

Réseau d'aide et de soins à domicile /

☐ Ambulanter Pflegedienst

Lequel /Welcher

Fréquence par semaine / Besuche pro Woche

Nom Personne de contact & tél

Name & Tel Kontaktperson

☐ **Centre de jour spécialisé /**
Tagesstätte

Lequel / Welche

Fréquence par semaine /

Besuche pro Woche

☐ **Aidant informel /**
Pflege durch Angehörige

Nom Personne & tél :

Name & Tel :

ASSURANCE DÉPENDANCE / PFLEGEVERSICHERUNG**Demande introduite /**
Antrag gestellt☐ **Oui /**
JaDate /
Datum☐ **Non /**
Nein**Décision /**
Entscheidung☐ **Oui /**
JaDate de la décision /
Entscheidungsdatum**Forfait :**☐ **Non /**
Nein**PIECES A JOINDRE / BEIZUFÜGENDE DOKUMENTE**

- Copie de la décision de l'assurance dépendance / Kopie der Entscheidung der Pflegeversicherung ;
- Rapport médical et/ou certificat médical, sauf en cas de demande d'admission préventive / Arztbericht und/oder Arztbericht außer im Falle eines präventiven Aufnahmeantrags.

MOTIF DE LA DEMANDE / ANTRAGSGRUND**A signer /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 personnel et dans les systèmes électroniques de traitements de 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 Ihrer Daten ist eine Voraussetzung für eine bestmögliche Übernahme in unserem Haus. 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 Personal, Ihr Hausarzt und je 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 Personal gebunden ist, geschützt.

Der /die Unterzeichnendehat 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

MERCI DE NOUS RETOURNER CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À :**BITTE DAS VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE FORMULAR AN
FOLGENDE ADRESSE SCHICKEN**Les Parcs du 3^{ème} Âge

« Service Admission »

Am Bongert 3 / L- 8081 Bertrange