
DEMANDE D'ADMISSION

TYPE DE DEMANDE / ANTRAG **Préventive /**
Vorbeugend **Urgente* /**
Dringend* **Lit de vacances* /**
Ferienzimmer*

*dans ce cas, merci de remplir également le certificat médical

LE DEMANDEUR / DER ANTRAGSTELLER**Nom /**
Name**Nom de jeune fille /**
Geburtsname**Prénom /**
Vorname**Etat civil /**
Zivilstand**Matricule /**
Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lieu de naissance /
Geburtsort**Nationalité /**
Nationalität**Caisse de maladie /**
Krankenkasse**Adresse actuelle /**
Derzeitige Adresse

N° / Nr.	Rue / Straße
--------------------	------------------------

CP / PLZ.	Ville / Stadt
---------------------	-------------------------

PERSONNE(S) DE CONTACT / BEZUGSPERSON(EN)**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

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 / Pflegschaft

Oui / Ja

Non / Nein

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

BREVE DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE / KURZE BESCHREIBUNG DER AKTUELLEN SITUATION

Séjour actuel / Aktueller Aufenthaltsort

Hopital /
Krankenhaus

Lequel /
Welches

Rééducation gériatrique /
Geriatrische Rehabilitation

Laquelle /
Welche

Domicile /
Zu Hause

Services à domicile / Hilfe zu Hause

Réseau à domicile /
Ambulantes Pflegenetz

Lequel /
Welches

Passages par jour /
Frequenz pro Tag

Centre de jour spécialisé /
Tagesstätte

Laquelle /
Welche

Fréquence par semaine /
Besuche pro Woche

Aide par famille /
Pflege durch Angehörige

ETAT DE SANTÉ ACTUEL / AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Nutrition / Ernährung

- Autonome** / Eigenständig
- Aide minimale** / Minimale Hilfe
- Aide partielle** / Partielle Hilfe
- Aide complète** / Komplette Hilfe
- Risque de fausse route** / Verschluckt sich öfters
- Gastrostomie** / Ernährungssonde
- Sonde gastrique** / Magensonde

Hygiène corporelle / Körperliche Hygiene

- Autonome** / Eigenständig
- Aide minimale** / Minimale Hilfe
- Aide partielle** / Partielle Hilfe
- Aide complète** / Komplette Hilfe

Elimination / Ausscheidungen

- Autonome** / Eigenständig
- Continent** / Kontinent
- Incontinent** / Inkontinent
 - Urinaire** / Urininkontinenz
 - Fécal** / Fekale inkontinenz
- Couches** / Windeln
 - La nuit** / Nachts
 - Le jour** / Am Tag
- Aide pour aller aux toilettes** / Hilfestellung beim Toilettengang
 - Minimale** / Minimale
 - Partielle** / Partielle
 - Complète** / Komplette
- Cystofix** / Blasenkatheter
- Sonde urinaire** / Urinsonde
- Stomie** (ileostomie / colostomie)

Mobilisation / Sich fortbewegen

- Marche seul** / Geht alleine
 - Avec aide technique** / Mit technischer Hilfe
 - Canne** / Gehstock
 - Rollator** / Gehbock
- Marche avec une aide (personne)** / Geht mit Hilfe einer Person
- Fauteuil roulant** / Rollstuhl
 - Parfois** / Manchmal
 - Toujours** / Immer
- Lève-personnes** / Patientenheber

Communiquer / Sich verständigen

Langues parlées / Gesprochene Sprachen _____

- Lucide** / Bei klarem Verstand
- Confus ou désorienté** / Verwirrt oder desorientiert
 - Parfois** / Manchmal
 - Toujours** / Immer
- Présente des états agressifs** / Verhält sich manchmal aggressiv
- Présente des états d'agitation** / Verhält sich manchmal sehr unruhig
- Inverse jour et nuit** / Verwechselt Tag und Nacht

Etat cutané / Hautzustand

- Peau saine** / Intakte Haut

Plaies / Wunden _____

Allergies / Allergien _____

Respiration / Atmung

- Autonome** / Autonome
- Besoin en oxygène** / Braucht Sauerstoff
- Fume** / Raucht
- Trachéotomie** / Luftröhrenkanüle
- Inhalations** / Inhalationen

Médecin traitant généraliste / Hausarzt

Nom /
Name

Médecins traitants spécialistes / Fachärzte

Noms / Namen _____

ASSURANCE DEPENDANCE / PFLEGEVERSICHERUNG

Demande introduite /
Antrag gestellt

Oui /
Ja

 Non /
Nein

Date /
Datum

Décision /
Entscheidung

Oui /
Ja

 Non /
Nein

Date de la décision /
Entscheidungsdatum

PIECES A JOINDRE / BEIZUFÜGENDE DOKUMENTE

- Copie de la décision de l'assurance dépendance / Kopie der Entscheidung der Pflegeversicherung ;
- Certificat médical, sauf en cas de demande d'admission préventive / Arztzeugnis, außer im Falle eines vorbeugenden Aufnahmeantrags.

MOTIF DE LA DEMANDE / ANTRAGSGRUND

Date et signature /
Datum und Unterschrift

--

MERCI DE NOUS RETOURNER CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À :

résidence pour personnes âgées an de wisen
75, rue Jacquinot / L-3241 Bettembourg
Tél. : 51 77 11 - 1 / Fax : 51 09 28

CERTIFICAT MEDICAL

(à remplir uniquement en cas de demande d'admission urgente ou en lit de vacances)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT / AUSZUFÜLLEN VOM BEHANDELNDEN ARTZ

Nom /
Name

Nom de jeune fille/
Geburtsname

Prénom/
Vorname

Etat civil /
Zivilstand

Matricule /
Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS / KRANKENGESCHICHTE

Médicaux / Medizinische

Chirurgicaux / Chirurgische

Facteurs de risque / Risikofaktoren

- Tabac Alcool HTA Hypercholestérolémie Diabète

ETAT DE SANTE ACTUEL / AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Nutrition / Ernährung

- Autonome / Eigenständig
 Aide minimale / Minimale Hilfe
 Aide partielle / Partielle Hilfe
 Aide complète / Komplette Hilfe
 Risque de fausse route / Verschluckt sich öfters
 Gastrostomie / Ernährungssonde
 Sonde gastrique / Magensonde

Hygiène corporelle / Körperliche Hygiene

- Autonome / Eigenständig
 Aide minimale / Minimale Hilfe
 Aide partielle / Partielle Hilfe
 Aide complète / Komplette Hilfe

Elimination / Auscheidungen

- Autonome** / Eigenständig
- Continent** / Kontinent
- Incontinent** / Inkontinent
 - Urinaire** / Urininkontinenz
 - Fécal** / Fekale inkontinenz
- Couches** / Windeln
 - La nuit** / Nachts
 - Le jour** / Am Tag
- Aide pour aller aux toilettes** / Hilfestellung beim Toilettengang
 - Minimale** / Minimale
 - Partielle** / Partielle
 - Complète** / Komplette
- Cystofix** / Blasenkatheter
- Sonde urinaire** / Urinsonde
- Stomie** (ileostomie / colostomie)

Mobilisation / Sich fortbewegen

- Marche seul** / Geht alleine
 - Avec aide technique** / Mit technischer Hilfe
 - Canne** / Gehstock
 - Rollator** / Gehbock
- Marche avec une aide (personne)** / Geht mit Hilfe einer Person
- Fauteuil roulant** / Rollstuhl
 - Parfois** / Manchmal
 - Toujours** / Immer
- Lève-personnes** / Patientenheber

Communiquer / Sich verständigen

Langues parlées / Gesprochene Sprachen _____

- Lucide** / Bei klarem Verstand
- Confus ou désorienté** / Verwirrt oder desorientiert
 - Parfois** / Manchmal
 - Toujours** / Immer
- Présente des états agressifs** / Verhält sich manchmal aggressiv
- Présente des états d'agitation** / Verhält sich manchmal sehr unruhig
- Inverse jour et nuit** / Verwechselt Tag und Nacht

Etat cutané / Hautzustand

- Peau saine** / Intakte Haut

Plaies / Wunden _____

Allergies / Allergien _____

Respiration / Atmung

- Autonome** / Autonome
- Besoin en oxygène** / Braucht Sauerstoff
- Fume** / Raucht
- Trachéotomie** / Luftröhrenkanüle
- Inhalations** / Inhalationen

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX / MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG

TRAITEMENTS PARAMÉDICAUX / PARAMEDIZINISCHE BEHANDLUNG

CONTEXTE SOCIAL / SOZIALES UMFELD

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES / ZUSÄTZLICHE BEMERKUNGEN

Cachet et signature du médecin /
Stempel und Unterschrift des Arztes