

---

# 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

<input type="text"/>												
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

<b>N° /</b> Nr.	<b>Rue /</b> Straße
--------------------	------------------------

<b>CP /</b> PLZ.	<b>Ville /</b> Stadt
---------------------	-------------------------

**PERSONNE(S) DE CONTACT / BEZUGSPERSON(EN)****Nom Prénom /**  
Name Vorname**Lien de parenté /**  
Verwandschaftsgrad**Adresse /**  
Anschrift

<b>N° /</b> Nr.	<b>Rue /</b> Straße
--------------------	------------------------

<b>CP /</b> PLZ.	<b>Ville /</b> Stadt
---------------------	-------------------------

**N° de téléphone /**  
Telefonnummer**Privé /**  
  
Privat**GSM /**  
  
Mobiltelefon**Bureau /**  
  
Büro**Adresse email /**  
E-mail Adresse

<b>Nom Prénom /</b> Name Vorname		
<b>Lien de parenté /</b> Verwandschaftsgrad		
<b>Adresse /</b> Anschrift	<b>N° /</b> Nr.	<b>Rue /</b> Straße
	<b>CP /</b> PLZ.	<b>Ville /</b> Stadt
<b>N° de téléphone /</b> Telefonnummer	<b>Privé /</b> Privat	
	<b>GSM /</b> Mobiltelefon	
	<b>Bureau /</b> Büro	
<b>Adresse email /</b> E-mail Adresse		

<b>Tutelle /</b> Vormundschaft	<input type="checkbox"/>	<b>Oui /</b> Ja	<input type="checkbox"/>	<b>Non /</b> Nein
<b>Curatelle /</b> Pflegschaft	<input type="checkbox"/>	<b>Oui /</b> Ja	<input type="checkbox"/>	<b>Non /</b> 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

<input type="checkbox"/> <b>Hopital /</b> Krankenhaus	<b>Lequel /</b> Welches
<input type="checkbox"/> <b>Rééducation gériatrique /</b> Geriatrische Rehabilitation	<b>Laquelle /</b> Welche
<input type="checkbox"/> <b>Domicile /</b> Zu Hause	

### Services à domicile / Hilfe zu Hause

<input type="checkbox"/> <b>Réseau à domicile /</b> Ambulantes Pflegenetz	<b>Lequel /</b> Welches
	<b>Passages par jour /</b> Frequenz pro Tag
<input type="checkbox"/> <b>Centre de jour spécialisé /</b> Tagesstätte	<b>Laquelle /</b> Welche
	<b>Fréquence par semaine /</b> Besuche pro Woche
<input type="checkbox"/> <b>Aide par famille /</b> 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



---

## 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 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 / 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**