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

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

Médecin traitant généraliste / Hausarzt

Nom /
Name

Médecins traitants spécialistes / Fachärzte

Noms / Namen

ASSURANCE DEPENDANCE / PFLEGEVERSICHERUNG

Demande introduite /
Antrag gestellt

Oui /
Ja

Date /
Datum

Non /
Nein

Décision /
Entscheidung

Oui /
Ja

Date de la décision /
Entscheidungsdatum

Non /
Nein

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 / Datum

Signature / 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
E-mail : contact.andewisen.lu@sodexo.com