

---

# 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

<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

- 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](mailto:contact.andewisen.lu@sodexo.com)

# **Notice d'information relative aux traitements de données personnelles effectués dans le cadre de la demande d'admission au sein de la Maison de Soins An de Wisen**

## **1. Objet**

La présente notice d'information (ci-après « Notice ») a pour objet de vous informer en tant que demandeurs d'admission de Sodexo Résidences Services ASBL, des conditions de Traitement de vos Données à caractère personnel par Sodexo Résidences Services ASBL dans le cadre de la demande d'admission au sein de la Maison de Soins An de Wisen (ci-après désigné le « Traitement »).

## **2. Champ d'application**

La société Sodexo Résidences Services ASBL (ci-après désignée «Sodexo Résidences Services») est respectueuse de votre vie privée.

## **3. Catégories de Traitement des Données à caractère personnel**

Dans le cadre de la demande d'admission au sein de la Maison de Soins An de Wisen, Sodexo Résidences Services sera amenée à collecter et/ou traiter les catégories de Données à caractère personnel suivantes (ci-après désignées les « Données à caractère personnel »):

- Informations relatives à votre état civil et à votre identité, et à celle de vos enfants/personne de contact
- Informations relatives à votre situation familiale
- Informations relatives à votre matricule CNS
- Informations relatives à votre situation au regard de l'assurance dépendance/plan de soins
- Informations relatives à votre état de santé
- Informations relatives à votre situation financière

## **4. Finalités de Traitement des Données à caractère personnel**

Sodexo Résidences Services traitera les Données à caractère personnel pour les finalités listées ci-dessous sans que cette liste ne soit exhaustive (ci-après désignées les « Finalités ») :

- Collecte d'informations en vue d'une potentielle admission

## **5. Base juridique du Traitement des Données à caractère personnel**

Dans le cadre des finalités de traitement énumérées ci-dessus, Sodexo Résidences Services traite vos données à caractère personnel en conformité avec les bases juridiques suivantes :

- Intérêt légitime
- Nécessaire à la réalisation d'une tâche effectuée dans l'intérêt public
- Nécessaire à la protection des intérêts vitaux des individus



## **6. Catégories de Destinataires**

Au sein de Sodexo Résidences Services, l'accès à vos Données à caractère personnel est fourni aux seules personnes qui sont autorisées à en avoir connaissance de par leur fonction dans le cadre des Finalités de Traitement énumérées ci-dessus et/ou dans la mesure où un tel accès est requis par un fondement légal ou réglementaire.

## **7. Transferts internationaux de Données à caractère personnel**

Compte tenu du caractère international du groupe SODEXO, vos Données à caractère personnel peuvent être transférées pour les Finalités de Traitement énoncées ci-dessus à des destinataires autorisés, internes ou externes pouvant être situés dans des pays en dehors de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen n'offrant pas un niveau adéquat de protection des Données à caractère personnel. Afin de garantir la sécurité et la confidentialité des Données à caractère personnel ainsi transférées, Sodexo Résidences Services met en œuvre les mesures appropriées basées sur les Clauses Contractuelles Types de la Commission Européenne ou tout autre mécanisme équivalent.

## **8. Sécurité des Données**

Nous maintenons des mesures de sécurité techniques et organisationnelles adéquates pour protéger les Données à caractère personnel de la destruction, de la perte, de l'altération, de la divulgation non autorisée ou de l'accès non autorisé, de manière accidentelle ou illicite.

## **9. Conservation des Données**

Vos Données à caractère personnel sont conservées ou archivées seulement pendant la durée nécessaire à l'accomplissement des finalités de Traitement décrites dans la présente Notice et/ou, le cas échéant, pendant les durées de prescriptions légales ou réglementaires applicables, à savoir pendant une durée maximale d'un mois si l'admission est refusée, et jusqu'à la date d'admission si le dossier est validé. Lorsque le résident est admis, sa demande est supprimée dans le mois qui suit son admission.

## **10. Vos Droits**

Conformément aux conditions prévues par la loi ou réglementation applicable, vous disposez **vos droits d'accès, d'opposition, de suppression, de limitation, de portabilité et de réclamation**

<b>Droit d'accès</b>	<p>Vous pouvez demander l'accès à vos Données à caractère personnel. Vous pouvez également demander la rectification des Données à caractère personnel qui seraient inexactes ou à ce que les données incomplètes soient complétées.</p> <p>Vous avez également le droit de connaître les sources de ces Données à caractère personnel concernées, et vous êtes autorisé à demander et recevoir les Données à caractère personnel qui vous concernent.</p>
<b>Droit opposition</b>	<p>Vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos Données à caractère personnel, pour des motifs légitimes, sauf lorsque le traitement est mis en œuvre conformément à des dispositions impératives de la loi applicable.</p>
<b>Droit de suppression</b>	<p>Votre droit à l'oubli vous autorise à demander la suppression des Données à caractère personnel lorsque :</p> <p>(i) les Données ne sont plus nécessaires à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées et traitées ;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>(ii) vous choisissez de retirer votre consentement (dans les cas où votre consentement a été collecté comme base juridique du traitement), ce retrait n'impactant pas la licéité du traitement avant sa mise en œuvre ;</li> <li>(iii) vous vous opposez au traitement ;</li> <li>(iv) vos Données ont été traitées de manière illicite ;</li> <li>(v) vos Données doivent être effacées pour respecter une obligation légale ; ou</li> <li>(vi) leur suppression est requise pour garantir la conformité à la législation en vigueur.</li> </ul>
<b>Droit à la limitation</b>	<p>Vous pouvez également demander la limitation au traitement de vos Données à caractère personnel si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) vous contestez l'exactitude de ces Données ;</li> <li>(ii) Sodexo n'a plus besoin de ces données pour les besoins du traitement ; et</li> <li>(iii) vous vous êtes opposé(e) au traitement des Données mais les motifs légitimes de SODEXO prévalent sur les vôtres.</li> </ul>
<b>Droit à la portabilité</b>	<p>Vous pouvez nous demander de vous fournir vos Données à caractère personnel dans un format structuré, communément utilisé, lisible par une machine, ou vous pouvez demander à ce qu'elles soient « portées » directement à un autre responsable du traitement à conditions que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) le traitement soit fondé sur votre consentement ou sur l'exécution d'un contrat avec vous ; et</li> <li>(ii) qu'il soit réalisé par des moyens automatisés.</li> </ul>
<b>Droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle</b>	<p>Vous pouvez décider d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de contrôle du pays dans lequel se trouve votre résidence habituelle, votre lieu de travail, où dans le pays dans lequel la violation aurait été commise.</p> <p>Vous avez également le droit d'introduire une action en justice devant les tribunaux du pays dans lequel l'entité SODEXO dispose d'un établissement ou du pays où se trouve votre résidence habituelle.</p> <p>L'autorité de contrôle pour le Luxembourg est la Commission Nationale pour la Protection des Données (CNPd) via le lien suivant : <a href="http://www.cnpd.lu">www.cnpd.lu</a></p>

Pour exercer ces droits ou pour toutes questions et/ou mises à jour de vos Données à caractère personnel, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des Données Personnelles locale en remplissant le [Formulaire en ligne One Trust](#) et/ou en adressant un email à l'adresse suivante : [dataprivacy.oss.lu@sodexo.com](mailto:dataprivacy.oss.lu@sodexo.com)

## **11. Modifications de la Notice**

Sodexo Résidences Services se réserve le droit de modifier la présente Notice. Sodexo Résidences Services publiera une version révisée de la Notice et/ou prendra toute autre mesure nécessaire en conformité avec les lois et règlements applicables.

## **12. Global Data Protection Office**

Sodexo Résidences Services a mis en place une équipe dédiée au niveau du groupe, le « Global Data Protection Office », que vous pouvez contacter en tant que besoin si vous avez des questions sur la protection de vos Données à caractère personnel à l'adresse suivante : [dpo.group@sodexo.com](mailto:dpo.group@sodexo.com).

Localement, vous pouvez également vous rapprocher de notre Délégué à la protection des Données Personnelles local à l'adresse suivante : [dataprivacy.oss.lu@sodexo.com](mailto:dataprivacy.oss.lu@sodexo.com).

Vous pouvez finalement consulter la [Politique globale relative à la protection des Données à caractère personnel](#) et notre [Politique de gestion des cookies](#) publiées sur le site internet de Sodexo Luxembourg.

---

# 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**