

Maison de séjour et de soins « Beim Goldknapp »
8, Gruefwee
L-9147 Erpeldange-sur-Sûre
Tél. : 26 007-1 Fax : 26 007-505

DEMANDE D'ADMISSION

- préventive/vorbeugend
 urgente/dringend

Date de la demande : _____
Datum des Antrages:

Informations sur le futur résident/Informationen über den zukünftigen Bewohner :

Nom - Nom de jeune fille - Prénom Name - Geburtsname - Vorname
Etat civil/Zivilstand
Matricule/Versicherungsnummer
Profession/Beruf
Caisse de Maladie/Krankenkasse
Lieu de naissance/Geburtsort
Nationalité/Staatsangehörigkeit
Adresse/Anschrift
Téléphone/Telefonnummer

Personnes de contact/Bezugspersonen :

Nom/Name
Adresse/Anschrift :.....
Téléphone/Rufnummer
privé/privat, GSM, bureau/Arbeitsplatz
E-mail/Mail-Adresse
Lien de parenté avec le futur résident Verwandschaftsgrad mit dem zukünftigen Bewohner <input type="checkbox"/> fille/Tochter <input type="checkbox"/> fils/Sohn <input type="checkbox"/> époux(se)/Ehepartner <input type="checkbox"/> sœur, frère/Schwester, Bruder <input type="checkbox"/> autres/andere Möglichkeit.....

Nom/Name
Adresse/Anschrift :.....
Téléphone/Rufnummer
privé/privat, GSM, bureau/Arbeitsplatz
E-mail/Mail-Adresse
Lien de parenté avec le futur résident Verwandschaftsgrad mit dem zukünftigen Bewohner <input type="checkbox"/> fille/Tochter <input type="checkbox"/> fils/Sohn <input type="checkbox"/> époux(se)/Ehepartner <input type="checkbox"/> sœur, frère/Schwester, Bruder <input type="checkbox"/> autres/andere Möglichkeit.....

La demande pour l'Assurance dépendance/Der Antrag an die Pflegeversicherung

- a été introduite le/wurde eingereicht am
- n'a pas encore été introduite/wurde noch nicht eingereicht

Prestations Assurance dépendance

Suivant le plan de soins établi par la Cellule d'évaluation et d'orientation, le futur résident nécessite heures de soins par semaine.

Nach dem Pflegeplan der „Cellule d'évaluation et d'orientation“, braucht der zukünftige Bewohner Stunden Pflege pro Woche.

Le futur résident se trouve actuellement/Der zukünftige Bewohner ist momentan

- à domicile/zu Hause
- à l'hôpital depuis le/im Krankenhaus seit dem
- autre institution/andere Einrichtung

Breve description de votre situation actuelle/Kurze Beschreibung Ihrer aktuellen Situation :

.....
.....
.....

Merci de joindre un certificat médical pour confirmer l'existence d'une démence !

Bitte diesem Formular ein Arztzeugnis welches eine Demenzerkrankung bestätigt beifügen!

Prière de joindre une copie de l'accusé de réception de la demande de l'Assurance Dépendance et/ou une copie de la décision du plan de soins de l'Assurance Dépendance.

Bitte eine Kopie des Bestätigungsbriefes des Antrags an die Pflegeversicherung und/oder eine Kopie des Entscheids der Pflegeversicherung beifügen.

Souhaitez-vous recevoir des informations supplémentaires sur les différents services de l'Association Luxembourg Alzheimer ?

Sind Sie an weiteren Informationen über die verschiedenen Dienste der Association Luxembourg Alzheimer interessiert?

Oui/Ja

Si oui/Wenn ja :

Foyers de jour/Tagesstätten

O Dahl O Dommeldange O Bonnevoie O Dudelange O Rumelange O Esch/Alzette

ala plus (réseau de soins à domicile)/ala plus (ambulanter Pflegedienst)

O Centre O Sud O Nord O Est

Groupes d'entraide/Selbsthilfegruppen

Cours pour familles et entourage/Kurs für Angehörige

Conseil individuel/Individuelle Beratung

Non/Nein

Signature du futur résident :
Unterschrift des zukünftigen Bewohners:

Signature de la personne de contact :
Unterschrift der Bezugsperson:

.....

.....

En cas de questions, veuillez-vous adresser au :

Service social et coordination de la Maison de séjour et de soins « Beim Goldknapp »

Bei Fragen, wenden Sie sich an den sozialen Dienst und Pflegekoordination des Wohn- und Pflegeheims „Beim Goldknapp“