



DEMANDE D'ADMISSION RÉSIDENCES SENIORS & LITS DE VACANCES

TOUTES LES DONNÉES DE CE FORMULAIRE SERONT TRAITÉES DE MANIÈRE STRICTEMENT
CONFIDENTIELLE.

TYPE DE DEMANDE

Préventive Urgente Lit de Vacances

À durée déterminée : du _____ au _____

À durée indéterminée : à partir du _____

DONNÉES ADMINISTRATIVES CONCERNANT LE DEMANDEUR

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

État civil : _____

Nationalité : _____

Matricule : _____

Téléphone : _____

Caisse de maladie : CNS Autre : _____

Mutuelle • Complémentaire Santé : _____

Langues parlées : LUX. FR. ALL. Autre(s) : _____

N° et Rue : _____

Localité : _____

Code Postal : _____

1 - PERSONNE(S) DE CONTACT

2 - PERSONNE(S) DE CONTACT

Nom & Prénom : _____

Nom & Prénom : _____

N° et Rue : _____

N° et Rue : _____

Code Postal : _____

Code Postal : _____

Localité : _____

Localité : _____

N° Téléphone Privé : _____

N° Téléphone Privé : _____

Mobile : _____

Mobile : _____

Bureau : _____

Bureau : _____

E-Mail : _____

E-Mail : _____

Lien avec le

Lien avec le

Demandeur : _____

Demandeur : _____

Sauvegarde de Justice Tutelle Curatelle Demande en cours depuis le : _____

Nom du Tuteur / Curateur : _____

N° et Rue : _____

Code Postal : _____

Localité : _____

N° Téléphone : _____

MOTIF DE LA DEMANDE

LIEU DE SÉJOUR ACTUEL

Domicile

Hôpital / Rééducation / Centre de Convalescence

Lieu : _____

Depuis le : _____

Motif de l'hospitalisation :

ASSURANCE DÉPENDANCE

Demande Assurance Dépendance introduite : Oui Non Date : _____

SYNTHÈSE Date : _____

Forfait AEV : _____

AAI Heures / Semaine : _____

AMD GG/GI/M : _____

Nom & Prénom de l'Aidant : _____ Matricule : _____

Demande de Réévaluation : Oui Non Date : _____

Demande de Soins Palliatifs : Oui Non Date : _____

RECOURS PAR LE DEMANDEUR À D'AUTRES AIDES ET SOINS & SERVICES

Réseau d'Aides à Domicile : Oui Non Préciser : _____

Fréquentation d'un Centre de Jour : Oui Non Lieu & Fréquence : _____

Autres (Kiné Privé, etc.) : _____

DONNÉES MÉDICALES

MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom : _____

Téléphone : _____

MÉDECIN SPÉCIALISTE

Nom & Prénom : _____

Téléphone : _____

MÉDECIN EN CHARGE PENDANT L'HOSPITALISATION

Nom & Prénom : _____

Téléphone : _____

MÉDECIN SPÉCIALISTE

Nom & Prénom : _____

Téléphone : _____

DONNÉES RELATIVES À LA DÉPENDANCE PHYSIQUE

HYGIÈNE CORPORELLE

Autonome
Aide Minimale
Aide Partielle
Aide Complète
Stimulation / Présence
Appareil Dentaire _____

ÉLIMINATION

Autonome
Aide Minimale
Aide Partielle
Aide Complète
Stimulation / Présence

INCONTINENCE

Oui Non
Urinaire
Fécale
Cystofix
Stomie
Sonde Urinaire

NUTRITION / HYDRATATION

Autonome
Aide Minimale
Aide Partielle
Aide Complète
Stimulation / Présence
Alimentation Entérale
(PEG, Sonde Gastrique)

HABILLAGE / DESHABILLAGE

Autonome
Aide Minimale
Aide Partielle
Aide Complète
Stimulation / Présence
Matériel de Compensation
(Lunettes, bas de contention, etc.)

MOBILITÉ

Autonome
Aide Ponctuelle
Aide Constante
Risque de Chute

AIDES TECHNIQUES

Déambulateur Lit Médicalisé
Chaise Roulante Matelas Alternating
Canne
Lève-Personne
Autres : _____

AIDES TECHNIQUES EN PLACE

À Domicile
À Commander
À Déménager
Poids : _____
Taille : _____

DONNÉES RELATIVES À LA DÉPENDANCE PSYCHIQUE

MÉMOIRE

Bonne
Moyenne
Mauvaise

COMPORTEMENT

Calme
Agité
Agressif
Troubles Psychiatriques : _____

CONFUSION / DÉSORIENTATION

Oui Non
Préciser : _____

INVERSION RYTHME JOUR / NUIT

Oui Non

TRAITEMENT POUR DORMIR

Oui Non

Lequel : _____

DÉMENCE

Oui Non

DÉAMBULATION

Diurne Nocturne

RISQUE DE FUGUE CONNU

Oui Non

SCORE "MINI MENTAL STATE" (MMS / FOLSTEIN)

/30

Date : _____

Diabète Insulinodépendant
 Diabète Non Insulinodépendant
 Tabagisme
 Alcool
 Obésité
 HTA
 Régime Particulier :

Allergies Alimentaires :

Allergies Médicamenteuses :

Autres Allergies :

Stupéfiants • Traitements Spécifiques
 (avec titre de Prise en Charge):

Simulateur Cardiaque (Pacemaker)
 Dialyse
 Stomie

RESPIRATION

Aspiration Endotrachéale (ET)
 Trachéotomie
 Oxygénothérapie
 VNI

ISOLEMENTS & TYPES

Goutelettes
 Contact
 Air
 Protection
 Motif : _____

ÉTAT CUTANÉ

Peau Saine
 Plaies
 Présence d'Escarre(s)
 MRSA
 À Risque
 Matelas Anti-Escarres à prévoir
 Autres :

AUTRES

PAC
 Midline
 Picline
 Autres :

ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

J'atteste sur l'honneur qu'en date de ce jour, mon casier judiciaire luxembourgeois est :

Vierge Non Vierge pour les raisons suivantes : _____

J'atteste sur l'honneur qu'en date de ce jour :

Je n'ai aucun casier judiciaire non vierge dans un autre pays que le Luxembourg

J'ai un casier judiciaire non vierge dans le pays suivant et pour les raisons suivantes : _____

À remplir par l'Équipe Päiperléck Casier vierge & vérifié Casier non vierge & vérifié Non vérifié

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

CERTIFICAT MÉDICAL OU R20 (SI ACCORD MÉDECIN)

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE ASSURANCE DÉPENDANCE

DÉCISION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE OU TITRE DE PRISE EN CHARGE PALLIATIF

CERTIFICAT DE DOMMAGES DE GUERRE / ENRÔLÉ DE FORCE (S'IL Y A LIEU)

JUSTIFICATIF DE REVENUS & EXTRAITS BANCAIRES DES 3 DERNIERS MOIS

TRAITEMENTS & ORDONNANCES (MATÉRIEL & ACTES)

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

EXTRAIT DE CASIER JUDICIAIRE (extraits 3 & 5)

CHOIX DE LA RÉSIDENCE

Résidence Parc Ronnwiss (SHPA) •
Rodange

Résidence Les Jardins de Schengen (LE) •
Schengen

Seniorenresidenz Eisknippchen •
Weidingen / Wiltz

LE LE Unité Adaptée

Seniorenresidenz Am Wéngert •
Canach

LE SHPA SHPA Unité Adaptée

Seniorenresidenz Bel-Âge (AS) •
Esch-sur-Alzette

Seniorenresidenz Petite Suisse (LE) •
Beaufort

Seniorenresidenz Am Park •
Bissen

LE SHPA

AS SHPA Unité Adaptée

LE : Logement Encadré • SHPA : Structure d'Hébergement pour Personnes Âgées • AS : Appartements Seniors

DONNÉES CONCERNANT LA PERSONNE AYANT REMPLI LA DEMANDE

Nom & Prénom : _____

Téléphone : _____ E-Mail : _____

CACHET / SIGNATURE

Avec votre signature, vous acceptez que nous conservions vos données pendant une durée de 6 mois. Passé ce délai, vos données seront supprimées sauf si vous souhaitez continuer de figurer sur liste d'attente dans notre système.

N.B. La non-transmission de l'extrait du casier judiciaire peut être un critère pour refuser l'admission du Client.

La transmission du casier judiciaire a pour objectif de déterminer si le Client doit faire l'objet d'un encadrement spécial au sein de la Résidence. En cas de casier non vierge, je m'engage à en remettre une copie dans les documents à fournir pour mon admission.

Date : _____