

## DEMANDEUR / ANTRAGSTELLER

Nom / Name \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille / Geburtsname \_\_\_\_\_  
 Prénom / Vorname \_\_\_\_\_ Profession / Beruf \_\_\_\_\_  
 Date de naissance / Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Lieu de naissance / Geburtsort \_\_\_\_\_  
 Nationalité / Nationalität \_\_\_\_\_ Etat civil / Familienstand \_\_\_\_\_  
 CNS  Autre Caisse de maladie / Andere Krankenkasse Matricule / Sozialversicherungsnr. \_\_\_\_\_  
 Langues / Sprachen: \_\_\_\_\_

Adresse de résidence actuelle / Derzeitige Wohnadresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ L- \_\_\_\_\_ eMail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Adresse pour futur courrier / Adresse für zukünftige Postsendungen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ L- \_\_\_\_\_ eMail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## TYPE DE LA DEMANDE / ART DES ANTRAGS

Préventive / Vorsorglich  Urgente / Dringend ("fiche médicale" obligatoire / obligatorisch)

### SITES PAR ORDRE DE PREFERENCE / STANDORTE NACH BEVORZUGTER REIHENFOLGE

**Veillez inscrire les chiffres / Bitte folgende Ziffern eintragen : 1 - 4**

Seniorie Ste Zithe Contern Tél.: 2790 1 / Mme Nadine THIMMESCH  
 Seniorie St Joseph Consdorf Tél.: 26453-0300 / Mme Christiane THEISEN  
 Seniorie St Jean de la Croix Luxembourg Tél.: 40 144 2090 / Mme Line DIEDERICH  
 Seniorie St Joseph Pétinge Tél.: 50 90 81 2030 / Mme Alberte KAUFF

### Type de prise en charge / Art der Betreuung

Seniories (Maison de soins / Pflegeheim)  
 Résidences (Location appartement / Services Wohnen)  
 Foyer de jour / Tagesstätte  
 ZithaMobil (Aide & soins à domicile / Hilfe & Pflege Zuhause)

## PERSONNE DE REFERENCE / BEZUGSPERSON

(Famille, Tuteur, Entourage, Assistant/e social/e) / (Angehörige, Vormund, Bekannter, Sozialfürsorger/in)

Lien avec le demandeur / Verhältnis zum Antragsteller \_\_\_\_\_  
 Nom / Name \_\_\_\_\_ Prénom / Vorname \_\_\_\_\_  
 Adresse / Adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ L- \_\_\_\_\_ eMail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## MOTIF DE LA DEMANDE / ANTRAGSGRUND

Maladie / Krankheit  Handicap / Behinderung  Démence / Demenz  Solitude / Einsamkeit  
 Autre (à préciser) / Anderer (angeben) \_\_\_\_\_

## SEJOUR ACTUEL / AKTUELLER AUFENTHALTSORT

Domicile / Zu Hause  seul(e) / allein  Avec réseau à domicile / Mit ambulanten Pflegen } Lequel / Welches  
 Logement encadré / Betreutes Wohnen }  
 CIPA, Maison de soins / CIPA, Pflegeheim  Hôpital / Krankenhaus } \_\_\_\_\_

## ASSURANCE DEPENDANCE / PFLEGEVERSICHERUNG

Demande Assurance Dépendance introduite? / Antrag bei der Pflegeversicherung schon gestellt?  Date / Datum \_\_\_\_\_  
 Réponse de l'Assurance Dépendance / Antwort der Pflegeversicherung

Nombre d'heures accordées par semaine pour actes essentiels de la vie (AEV) / Niveau de soins /  
 ou niveau accordé / Wieviele Stunden pro Woche für Verrichtungen im täglichen Leben (AEV) oder genehmigte Pflegestufe  
 \_\_\_\_\_ hrs / semaine / Std. / Woche \_\_\_\_\_ Niveau de soins / Pflegestufe 0 - 15

## ETAT DE SANTE ACTUEL / AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Etat général / Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> Bon / Gut	<input type="checkbox"/> Médiocre / Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> Mauvais / Schlecht
<b>Comportement / Verhalten</b>	<b>Mémoire / Gedächtnis</b>	<b>Soins pour hygiène corporelle / Pflege zur Körperhygiene</b>	
<input type="checkbox"/> équilibré / ausgeglichen	<input type="checkbox"/> bonne / gut	<input type="checkbox"/> autonome / eigenständig	
<input type="checkbox"/> perturbé / auffällig	<input type="checkbox"/> moyenne / mittelmäßig	<input type="checkbox"/> petite aide / kleine Hilfe	
<input type="checkbox"/> agressif / aggressiv	<input type="checkbox"/> mauvaise / schlecht	<input type="checkbox"/> aide complète / komplette Hilfe	
<b>Mobilité / Mobilität</b>	<b>Nutrition / Ernährung</b>	<b>Elimination / Ausscheidung</b>	
<input type="checkbox"/> seule / alleine	<input type="checkbox"/> autonome / eigenständig	<input type="checkbox"/> continent / kontinent	
<input type="checkbox"/> avec canne / mit Gehstock	<input type="checkbox"/> aide partielle (couper) / Teilhilfe (zerkleinern)	<input type="checkbox"/> accompagnement aux W.C. / Hilfe beim Toilettengang	
<input type="checkbox"/> avec déambulateur / mit Rollator	<input type="checkbox"/> aide complète / komplette Hilfe	<input type="checkbox"/> Pampers la nuit / Windeln nachts	
<input type="checkbox"/> en chaise roulante / im Rollstuhl		<input type="checkbox"/> Pampers jour et nuit / Windeln Tag und Nacht	

Nom du médecin traitant généraliste / Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

**Dernière hospitalisation / Letzter Krankenhausaufenthalt**

Du / Vom \_\_\_\_\_ au / bis \_\_\_\_\_ Quel hôpital / Welches Krankenhaus \_\_\_\_\_

Raisons / Gründe \_\_\_\_\_

Médecin hospitalier / Arzt im Krankenhaus \_\_\_\_\_

**Problèmes de santé actuels particuliers / Aktuell vorliegende spezifische Gesundheitsprobleme**

**Médicaments pris actuellement / Aktuell eingenommene Medikamente**

### A SIGNER S.V.P.! / BITTE UNTERZEICHNEN!

Rempli par / Ausgefüllt von \_\_\_\_\_ le / am \_\_\_\_\_

Une saisie et une communication rapide et systématique de vos données sont une condition préalable pour une prise en charge de bonne qualité. Afin de protéger votre vie privée, nous vous assurons que les documents et données qui se trouvent dans votre dossier et dans les systèmes électroniques de traitement des données sont traités de façon strictement confidentielle.

Dans le cadre de votre prise en charge, il est nécessaire que les personnes suivantes aient accès à vos données: le personnel de l'établissement, le médecin traitant et selon les besoins, toute autre personne qualifiée et utile pour votre prise en charge.

Les règlements internes seront réalisés selon les dispositions légales. Toutes les informations sont en outre protégées par le secret professionnel auquel sont liés tous les membres du personnel de l'établissement.

La/le soussigné(e) ..... a pris connaissance de cette information et donne son accord pour l'utilisation des informations et données selon la réglementation susdite.

Eine schnelle und systematische Erfassung, Verarbeitung und Kommunikation von Ihren Daten ist eine Voraussetzung für eine bestmögliche Übernahme in unserem Heim. Zum Schutz Ihrer Privatsphäre versichern wir Ihnen, dass wir die Dokumente und Daten, die sich in Ihrer Patientenakte und den elektronischen Datenverarbeitungssystemen befinden, streng vertraulich behandeln.

Im Rahmen Ihrer Behandlung ist es erforderlich, dass folgende Personen Zugang zu Ihren Daten haben: das Heimpersonal, Ihr Hausarzt und nach Bedarf jede weitere für die Behandlung nötige, qualifizierte Person.

Die internen Regelungen werden entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen umgesetzt. Alle Informationen sind zusätzlich durch das Berufsgeheimnis, an welches das gesamte Heimpersonal gebunden ist, geschützt.

Die/der Unterzeichnende(r) ..... hat diese Information zur Kenntnis genommen und gibt sein Einverständnis für die Nutzung der Informationen und Daten gemäß der oben genannten Regelungen.

.....  
(Signature / Unterschrift)

.....  
(Datum / Date)

### A ENVOYER A / EINSCHICKEN AN:

**Direction Médicale Zitha Senior - Dr Carine FEDERSPIEL 30, rue Ste Zithe L-2763 LUXEMBOURG**

# FICHE MEDICALE POUR ADMISSION EN SENIORIE

(ou copie d'un document existant)



**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT ET A ENVOYER A**

**Direction Médicale Zitha Senior - Dr Carine FEDERSPIEL 30, rue Ste Zithe L-2763 LUXEMBOURG**

## PATIENT

Nom \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Matricule national \_\_\_\_\_

## MEDECIN TRAITANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse / Adresse \_\_\_\_\_  
☎ \_\_\_\_\_ L- \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## MOTIF DE LA DEMANDE EN ETABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS

## ETAT DE SANTE ACTUEL

Diagnostic principal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnostics secondaires: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Etat cognitif: MMS \_\_\_\_\_ /30 Date \_\_\_\_\_

Antécédents médico-chirurgicaux: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Traitement médicamenteux en cours: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Facteurs de risque:  TABAC  ALCOOL  HTA  OBESITE  HYPERCHOLESTEROLEMIE  DIABETE

Avez-vous déjà envoyé le formulaire R20 à l'Assurance Dépendance? OUI  Date: \_\_\_\_\_

par Dr \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_