

Date:
Datum:

DEMANDE D'ADMISSION

Antrag zur Aufnahme

Futur résident:

Zukünftiger Bewohner:

Nom (+ Nom de jeune fille)
Name (+ Geburtsname)

Prénom
Vorname

Adresse
Anschrift

Matricule
Versicherungsnummer

Caisse de Maladie
Krankenkasse

Téléphone
Rufnummer

Etat civil
Familienstand

Personne de contact:

Bezugsperson:

Nom
Name

Prénom
Vorname

Adresse
Anschrift

Téléphone
Rufnummer

Lien de parenté avec le futur résident
Verwandschaftsgrad mit dem zukünftigen Bewohner

La demande assurance dépendance
Der Antrag an die Pflegeversicherung

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

Suivant le plan de soins établi par la Cellule d'Evaluation, le futur résident nécessite
heures de soins par semaine (prière de joindre une copie).

Nach dem Pflegeplan der « Cellule d'Evaluation » braucht der zukünftige Bewohner
Stunden Pflege pro Woche (bitte eine Kopie beilegen).

Le futur résident se trouve actuellement
Der zukünftige Bewohner befindet sich zur Zeit

à domicile
zu Hause

à l'hôpital
im Krankenhaus depuis le
seit dem

Le futur résident est
Der zukünftige Bewohner ist

- en possession de ses facultés intellectuelles normales
im Besitz seiner normalen geistigen Fähigkeiten
- désorienté
verwirrt

La demande d'admission pour la maison de soins Wasserbillig est
Der Antrag zur Aufnahme ins Pflegeheim Wasserbillig ist

- préventive
vorbeugend
- urgente
dringend

Brève description de la situation

Kurze Beschreibung der Situation

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature du futur résident:
Unterschrift des zukünftigen Bewohners:

Signature de la personne de contact:
Unterschrift der Bezugsperson:

.....

.....

Votre personne de contact à la Maison de Soins:
Ihre Kontaktperson im Pflegeheim:

Pia THILL
Service social et admissions
Tél: 74 99 74 - 8404

CERTIFICAT MEDICAL

pour l'inscription en maison de soins

Nom, prénom:

Matricule:

Caisse Médico-Chirur.:

Nature et étendue de l'aide requise pour ...		de temps en temps ou minime	constante ou complète
1. Hygiène corporelle:	se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	douche, bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	lavage cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	soins barbe / épilation visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	hygiène buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Elimination, soins incontinence:	se rendre à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	besoin d'aides techniques, p.ex. chaise percée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	matériel incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	soins stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Habillage/Déshabillage:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nutrition:	préparation de la nourriture (ex: couper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	donner à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	hydratation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	régime diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	alimentation entérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mobilité:	s'asseoir, se coucher, se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	aide à la marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	déplacement en chaise roulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	alidité, soins anti-escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oxygénothérapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Orientation:	désorienté dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	désorienté dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mémoire défaillante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	tendance à partir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	agitation le jour/la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Communication	malentendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	aphasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	acuité visuelle réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Humeur:

10. Diagnostics, antécédents chirurgicaux:

MRSA

oui

non

11. Dépendance psychique:

éventuellement résultat MMS (Folstein)/30, effectué le:

Date.

Tampon, Signature du médecin

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

zur Aufnahme im Pflegeheim

Name, Vorname:

Versicherungsnummer:

Caisse Médico-Chirur.:

Art und Umfang der notwendigen Hilfe beim ...		gelegentlich oder geringfügig	ständig oder umfassend
1. Körperreinigung und -Pflege	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dusche, Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ausscheidung, Inkontinenzhilfe:	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gebrauch von Hilfsmitteln, z.B. Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inkontinenzhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
	Stoma	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
3. An- und Auskleiden:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mahlzeiten:	mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Essen anreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hilfe beim Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes-Diät	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
	Ernährungssonde	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
5. Mobilität:	sich hinsetzen, -legen, aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hilfe beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hilfe beim Fortbewegen im Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bettlägerigkeit, Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sauerstoffgabe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Orientiertheit:	zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	räumlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unruhe tagsüber/nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Verständigung	schwerhörig	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
	Aphasie	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
	geringes Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

9. Stimmungslage:

10. Ärztliche Diagnosen, chirurgische Vorgeschichte:

MRSA

ja

nein

11. Geistig-seelische Behinderungen, Suchterkrankung

Eventuell Resultat MMS (Folstein)/30, durchgeführt am

Datum:

Stempel, Unterschrift des Arztes