



**FONDATION "LES PARCS DU TROISIEME AGE"**

3, Am Bongert  
L- 8081 Bertrange

Tél. : 31 68 31-1 Fax : 31 68 31-210 E-Mail: maisondesoins@p3a.lu



**DEMANDE D'ADMISSION DANS NOTRE ETABLISSEMENT D'AIDE ET DE SOINS**

*AUFNAHMEANTRAG IN UNSERE PFLEGEINRICHTUNG*

DEMANDE POUR LONG SEJOUR:   
*ANTRAG FÜR LANGZEITAUFWENTHALT*

MOYEN SEJOUR:   
*MITTELFRISTIGER AUFENTHALT*

DATE D'ADMISSION DEMANDEE:  
*DATUM DER AUFNAHME:*  
.....

PERIODE DEMANDEE DU ..... AU .....:  
*ZEITSPANNE:*  
.....

MATRICULE NATIONALE: .....  
*NATIONALE VERSICHERUNGSNUMMER*

NOM: .....  
*NAME*

PRENOM: .....  
*VORNAME*

NOM DE JEUNE FILLE: .....  
*MÄDCHENNAME*

ADRESSE: ..... RUE: ..... NR: .....  
*ANSCHRIFT STRASSE NR*

CODE POSTAL: ..... LOCALITE: ..... COMMUNE: .....  
*ANSCHRIFT*

TELEPHONE: .....  
*RUFNUMMER*

ETAT CIVIL:  CELIBATAIRE  MARIE(E) DEPUIS QUAND? .....  
*ZIVILSTAND  VEUF(VE)  DIVORCE(E)*

DATE DE NAISSANCE: ..... LIEU DE NAISSANCE: .....  
*GEBURTSDATUM GEBURTSORT*

NATIONALITE:  LUXEMBOURGEOISE  AUTRES: .....  
*STAATSANGEHÖRIGKEIT*

CAISSE DE MALADIE: ..... CAISSE DE PENSION: .....  
*KRANKENKASSE PENSIONSKASSE*

CAISSE MEDICO-CHIRURGICALE NR: .....  
*CHIRURGISCHE KRANKENKASSE NR*

**LA PERSONNE SE TROUVE ACTUELLEMENT**

A DOMICILE/ ZU HAUSE  
 A L'HÔPITAL/ IM KRANKENHAUS  
LEQUEL/ WELCHES: ..... DEPUIS QUAND/ SEIT DEM: .....

AUTRE INSTITUTION/ ANDERE EINRICHTUNG  
LAQUELLE/ WELCHE: .....  
DEPUIS QUAND/ SEIT DEM: .....

DEMANDE  URGENTE/ DRINGEND  PREVENTIVE/ VORBEUGEND

**POUR QUELLE RAISON LE MAINTIEN A DOMICILE EST DEvenu IMPOSSIBLE?**  
*AUS WELCHEM GRUND WURDE DIE PFLEGE ZU HAUSE UNMÖGLICH?*

.....  
**LA PERSONNE DEMANDEUR EST:**

**DEMENT(E), CONFUS**       **ORIENTE/LUCIDE**      **DEPUIS QUAND:** .....  
*DEMENT/VERWIRRT      ORIENTIERUNG/KLARER VERSTAND*

**DATE DE LA DEMANDE A L'ASSURANCE DEPENDANCE:**

*DATUM DER ANFRAGE BEI DER PFLEGEVERSICHERUNG* .....

**A ETE EVALUE(E) PAR LA CELLULE D'EVALUATION LE:** .....

*WURDE VON DER CELLULE D'EVALUATION UNTERSUCHT AM*

**DATE DE DECISION:** ..... **DROIT A ? D'HRS D'AIDES/SOINS P. SEMAINE:** .....

*DATUM DER ENTSCHEIDUNG      RECHT AUF WIEVIEL STUNDEN PFLEGE/WOCHE*

**QUEL MEDECIN A ETABLI LE CERTIFICAT MEDICAL POUR L'ASSURANCE DEPENDANCE:**

*WELCHER ARZT HAT DIE BESCHEINIGUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG AUSGEFÜLLT:*

.....  
**NOM DU MEDECIN TRAITANT A DOMICILE:** .....

*NAME DES HAUSARZTES*

**REPRESENTANT DU DEMANDEUR**

*VERTRETER*

**NOM:** ..... **PRENOM:** .....

*NAME      VORNAME*

**ADRESSE:** ..... **RUE:** ..... **NR:** .....

*ANSCHRIFT      STRASSE      NR*

**CODE POSTAL:** ..... **LOCALITE:** ..... **COMMUNE:** .....

*ANSCHRIFT*

**TELEPHONE/RUFNUMMER**

*PRIVE/PRIVAT ..... GSM/HANDY ..... BUREAU/BÜRO .....*

**LIEN PARENTE:** EPOUX (SE) ENFANTS SERVICES EXTERIEURS AUTRES: .....

*FAMILIENGRAD MIT DEM ANTRAGSTELLER*

**TUTELLE:** NON OUI **AU NOM DE:** .....

*VORMUND*

**INSCRIPTION MINISTERE DE LA FAMILLE OU DE LA SANTE AVANT 1999 ?**

*EINSCHREIBUNG BEIM FAMILIEN- ODER GESUNDHEITSMINISTERIUM VOR 1999*

OUI/Ja  NON/Nein **DATE DE L'INSCRIPTION/DATUM DER EINSCHREIBUNG:** .....

**NOM DU RESEAU D'AIDE A DOMICILE:** .....

*(NAME DER PFLEGE ZU HAUSE*

**NOM DU CENTRE DE JOUR SPECIALISE:** .....

*NAME TAGESSTÄTTE*

**AUTRES DEMANDES FAITES:** .....

*BEREITS GESTELLTE ANTRÄGE*

**DATE:** .....

*DATUM*

**SIGNATURE:** .....

*UNTERSCHRIFT*

