

**MAISON DE SOINS  
LES PARCS DU TROISIEME AGE**

3, Am Bongert  
L- 8081 Bertrange  
Téléphone : 31 68 31 - 1      Fax : 31 68 31-210

**CONFIDENTIEL**

**CERTIFICAT MEDICAL pour l'inscription en Maison de soins**

CONCERNE:

Nom de famille: .....

Nom de jeune fille: .....

Prénom: .....

Matricule: .....

domicilié(e) à: .....

Nom et adresse du référent familial: .....

.....

**I. MOTIF DE LA DEMANDE D'INSCRIPTION:**

.....

.....

**II. SEJOUR DEMANDE:**

Long séjour  Séjour temporaire

(3 semaines/an prises en charge par l'Assurance

Dépendance)

**III. CONDITIONS DU MAINTIEN A DOMICILE:**

- Intervention d'un réseau d'aide et de soins  oui  non

Lequel: .....

- Fréquentation d'un centre de jour spécialisé:  oui  non

Lequel: .....

- Hospitalisation  oui  non Quel  
hôpital?.....

quand?..... Jusqu'à

- Motif d'hospitalisation:

.....

**IV. ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX:**

.....

.....

.....

**V. TRAITEMENT EN COURS:**

.....

.....

.....

**VI. REEDUCATION EN COURS:**

oui

non

Si oui, pour quel motif? .....

**VII. DESCRIPTION DE LA DEPENDANCE PHYSIQUE:**

.....

.....

.....

**VIII. DESCRIPTION DE LA DEPENDANCE PSYCHIQUE:**

.....

.....

.....

Eventuellement résultat: MMS (Folstein) ...../30, effectué le .....

**IX. NOMBRE D'HEURES D'AIDES ET DE SOINS PAR SEMAINE ACCORDEES PAR L'ASSURANCE DEPENDANCE:**

Heures .....

**X. EN CAS D'ABSENCE DE DECISION DE LA PART DE L'ASSURANCE DEPENDANCE, AVEZ-VOUS ENVOYE LE RAPPORT MEDICAL R20 ?**

non

non

NOM DU MEDECIN CERTIFIANT: .....

ADRESSE: .....

TELEPHONE/FAX : ..... DATE : .....

**Veillez renvoyer ce certificat à :**

Dr Normi Barnig  
Maison de Soins «Les Parcs du 3e Âge»  
3, am Bongert L- 8081 Bertrange

Téléphone : 31 68 31-1  
Fax : 31 68 31-210  
Email: nbarnig@p3a..lu

