

Demande d'admission

Préventive Urgente

Hospice de Hamm

Hospice de Pfaffenthal

Demandeur

Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____ État civil _____

Nationalité _____ Lieu de naissance _____

Caisse de maladie _____ Matricule nationale _____

Adresse _____ L- _____

Téléphone _____ GSM _____

E-Mail _____

Séjour actuel

à domicile à l'hôpital _____ depuis le _____

dans une autre institution _____ depuis le _____

Assurance dépendance

Demande assurance dépendance oui date _____ non

Décision assurance dépendance oui date _____ non

Si oui, prière de joindre la copie de la décision.

Personne de référence

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ L- _____

Téléphone _____ GSM _____

E-Mail _____

Lien avec le demandeur _____

Motif de la demande

maladie handicap démence solitude

autre (à préciser) _____

En cas de demande urgente, prière de joindre une copie du rapport médical R20 et/ou d'autres rapports médicaux.

Déclaration

En introduisant votre demande d'admission auprès des Hospices civils de la Ville de Luxembourg, vous autorisez la collecte et l'archivage électronique de vos documents et données personnelles par les Hospices civils de la Ville de Luxembourg.

Nous vous informons que vous avez à tout moment le droit de faire effacer vos données personnelles de nos systèmes d'archivage.

Le/la soussigné(e) a pris connaissance de cette information et déclare la comprendre et l'accepter.

Date _____

Signature_____

(Pour) le demandeur

Adresse d'envoi de votre demande d'admission

Les Hospices civils de la Ville de Luxembourg

2, rue Englebert Neveu

L-2224 Luxembourg

Certificat médical

pour admission aux Hospices civils de la Ville de Luxembourg

Hospice de Hamm

Hospice de Pfaffenthal

CONFIDENTIEL

Médecin traitant

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ L- _____

Téléphone _____ E-Mail _____

Personne concernée/patient

Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____

Matricule nationale _____

Adresse _____ L- _____

Diagnostics

Antécédents médico-chirurgicaux

Traitement médicamenteux en cours

Facteurs de risque

- tabac alcool HTA obésité diabète
- hypercholestérolémie

État général

- bon médiocre mauvais

Dépendance physique

- Mobilité autonome aide minimale aide partielle aide complète
 aide technique
- Hygiène corporelle autonome aide minimale aide partielle aide complète
- Élimination autonome aide minimale aide partielle aide complète
- Nutrition autonome aide minimale aide partielle aide complète
 nutrition entérale

Dépendance psychique

- Comportement calme agité agressif
Remarque _____
- Mémoire bonne moyenne mauvaise
Remarque _____
- Orientation bonne moyenne mauvaise
Remarque _____

Avez-vous déjà envoyé un rapport médical R20 à l'assurance dépendance ?

Si oui, prière de joindre une copie.

Date _____ Signature médecin _____