



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



CERTIFICAT MEDICAL POUR L'INSCRIPTION EN MAISON DE SOINS

MATRICULE NATIONALE:

NOM: PRENOM:

NOM DE JEUNE FILLE:

ADRESSE: RUE: NR:

CODE POSTAL: LOCALITE:

NOM ET ADRESSE DU REFERENT FAMILIAL:

LA PERSONNE SE TROUVE ACTUELLEMENT

A DOMICILE

A L'HÔPITAL

LEQUEL:DEPUIS QUAND.....

MOTIF D'HOSPITALISATION

AUTRE INSTITUTION

LAQUELLE.....

DEPUIS QUAND

POUR QUELLE RAISON LE MAINTIEN A DOMICILE EST DEvenu IMPOSSIBLE?

CONDITIONS DE MAINTIEN A DOMICILE :

INTERVENTION D'UN RESEAU D'AIDE ET DE SOINS OUI NON

LEQUEL :

FREQUENTATION D'UN CENTRE DE JOUR SPECIALISEE OUI NON

LEQUEL :

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX:

.....
.....
.....

TRAITEMENT EN COURS:

.....
.....
.....

REEDUCATION EN COURS :

OUI NON

SI OUI POUR QUEL MOTIF ?

DESCRIPTION DE LA DEPENDANCE PHYSIQUE:

.....
.....
.....

DESCRIPTION DE LA DEPENDANCE PSYCHIQUE:

.....
.....
.....

RESULTATS MMS (FOLSTEIN)/30 EFFECTUE LE

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

HEURES:

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

OUI NON

NOM DU MEDECIN CERTIFIANT:

ADRESSE:

TEL/FAX DATE:

Veuillez renvoyer ce certificat à:

Dr Normi Barnig
Maison de Soins Les Parcs du Troisième Âge
3 am Bongert L-8081 Bertrange

Tel: 316831-367
Fax:316831-210
Email: nbarnig@p3a.lu