



**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 URGENTE /DRINGEND:  DEMANDE PREVENTIVE /VORBEUGEND

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

MATRICULE NATIONALE: .....  
NATIONALE VERSICHERUNGSNUMMER

NOM: ..... PRENOM: .....  
NAME VORNAME

NOM DE JEUNE FILLE: .....  
MÄDCHENNAME

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

CODE POSTAL: ..... LOCALITE: .....  
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

**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: .....

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  
DEMENT/VERWIRRT

ORIENTE/LUCIDE  
ORIENTIERUNG/KLARER VERSTAND

DEPUIS QUAND: .....

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: .....

DATUM DER ENTSCHEIDUNG

DROIT A ? D'HRS D'AIDES/SOINS P. SEMAINE: .....

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: .....

NAME

PRENOM: .....

VORNAME

ADRESSE: .....

ANSCHRIFT

RUE: .....

STRASSE

NR: .....

NR

CODE POSTAL: .....

ANSCHRIFT

LOCALITE: .....

COMMUNE: .....

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

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