

RÉSIDENCE ALINE MAYRISCH

Formulaire de demande d'admission



Merci d'imprimer le formulaire, de le compléter puis de le retourner
par email à **vianden.croix-rouge@help.lu**

*Veillez noter que toutes les données de ce formulaire seront traitées
de manière strictement confidentielle.*

Type de demande

Préventive

Urgente

Lit de vacances (Esch/Sûre ou Vianden)

Données administratives concernant le demandeur

Nom et nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Matricule : _____

Tutelle / curatelle / sauvegarde de justice

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Nom du tuteur / curateur / mandataire spécial : _____

Adresse du tuteur / curateur / mandataire spécial : _____

N° tél. du tuteur/curateur/mandataire spécial : _____

Domicile

N° et rue : _____

Code postal : L- _____

Ville / Localité : _____

N° tél. : _____

Lieu de séjour actuel

Domicile

Rééducation gériatrique, si oui, laquelle

Depuis le __/__/____

Centre de convalescence, si oui, lequel

Depuis le __/__/____

Hôpital si oui, lequel

Depuis le __/__/____

Personne(s) de référence A

Nom, prénom : _____

N° tél. : Privé : _____

GSM : _____

Email : Lien avec le demandeur : _____

Personne(s) de référence B

Nom, prénom : _____

N° tél. : Privé : _____

GSM : _____

Email : _____

Lien avec le demandeur : _____

Assurance-dépendance

Demande assurance dépendance introduite : Oui Non

Décision : Forfait AEV _____

Demande de réévaluation : Oui Non

Motif de la demande d'admission :

Médecin traitant

Nom, prénom : _____

N° tél. : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Bilan autonomie

Nutrition, hydratation

Autonome

Stimulation / présence

Aide minimale

Alimentation entérale (PEG ; Sonde gastrique)

Aide partielle

Aide complète

Mobilité

Autonome

Aide complète

Aide minimale

Stimulation / présence

Aide partielle

Aides techniques

Déambulateur

Canne

Chaise roulante

Lève-personne

Autre(s) _____

Hygiène corporelle

- | | |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide complète |
| <input type="checkbox"/> Aide minimale | <input type="checkbox"/> Stimulation / présence |
| <input type="checkbox"/> Aide partielle | |

Elimination

- | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autonome | Incontinence | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Aide minimale | | <input type="checkbox"/> Urinaire | |
| <input type="checkbox"/> Aide partielle | | <input type="checkbox"/> Fécale | |
| <input type="checkbox"/> Aide complète | | <input type="checkbox"/> Cystofix ou sonde vésicale | |
| <input type="checkbox"/> Stimulation / présence | | | |

Habillage / déshabillage

- | | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide minimale | <input type="checkbox"/> Stimulation / présence |
| <input type="checkbox"/> Aide complète | | |

Données relatives à la dépendance psychique

Mémoire Bonne Moyenne Mauvaise

Comportement Equilibré Agité Agressif

Troubles psychiques : _____

Confusion / désorientation : oui non par moment

Démence : oui non

Inversion rythme jour-nuit : oui non

Déambulation : diurne nocturne

Risque de fugue : oui non

Score mini mental state (MMS/Fostein) : ____/30 Date : / /

Recours par le demandeur à d'autres aides et soins et services

Réseau d'aide à domicile oui non

Lequel _____

Fréquentation d'un centre de jour oui non

Lequel _____

Liste des copies à joindre en annexe

PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE	ADMINISTRATIONS DELIVRANT CES PIECES
IDENTITE	
Copie-recto-verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité	
Attestation de non-propriété	Service des Evaluations immobilières certificat.propriete@co.etat.lu
REVENUS	
Copie des certificats de vos revenus des 3 derniers mois, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • salaire, pension, chômage • revenu d'inclusion sociale (REVIS, RPGH, AVC) • travail d'utilité collective (TUC) 	Fiches de salaire établies par l'employeur Caisse Nationale d'Assurance Pension luxembourgeoise et/ou étrangère 1A, Boulevard Prince Henri L-1724 Luxembourg N° tél. : 22 41 41 1 ADEM 13A, rue de Bitbourg L-1273 Luxembourg N° tél. : 24 78 88 88 Fonds National de Solidarité (FNS) 8-10, rue de la Fonderie L-1531 Luxembourg N° tél. : 49 10 81 1 Office National d'Inclusion Sociale (ONIS) 13C, rue de Bitbourg L-1273 Luxembourg N° tél. : 24 78 36 36
Copie des certificats de tout autre revenu des 12 derniers mois, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • assurance-accident- prestations familiales- indemnités pécuniaires/maladie 	Association d'Assurance Accidents (AAA) 125, route d'Esch L-1471 Luxembourg N° tél. : 26 19 15 1 Caisse Nationale de Santé (CNS) 125, route d'Esch L-1471 Luxembourg N° tél. : 27 57 1 Caisse pour l'Avenir des Enfants (CAE) 6, Boulevard Royal L-2449 Luxembourg N° tél. : 47 71 53 1
Copie du/des certificat(s) de pension : <ul style="list-style-type: none"> • pension alimentaire • pension d'orphelin • autre 	Attestation renseignant sur le montant perçu ou versé Caisse Nationale d'Assurance Pension 1A, Boulevard Prince Henri L-1724 Luxembourg N° tél. : 22 41 41 1
MEDICAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Certificat médical ou R20 • Accusé de réception de la demande assurance dépendance • Synthèse de l'assurance dépendance 	

Personne ayant rempli la demande : _____

Date : _____

Signature : _____

Nom et prénom du signataire : _____