

RESIDENCE BELLE VALLEE

36, rue de la Semois

TEL : 44 25 31

e-mail : info@bellevallee.lu

ROER KATZ asbl

L-2533 LUXEMBOURG

Fax : 26 44 13 07

DEMANDE D'ADMISSION

Demande d'admission : préventive urgente
 long séjour lit de vacance/ convalescence

Nom/ Prénom / Nom de jeune fille du demandeur:

Lieu et date de naissance du demandeur : _____

Matricule nationale : _____

Nationalité : _____ Etat civil : _____

Langues parlées / comprises : _____

Adresse actuelle : N° et rue _____

CP et Localité _____

Tel : _____ Email : _____

Personne de référence :

Nom / Prénom : _____

Lien avec le demandeur : _____

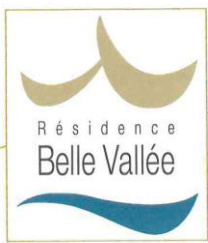
Adresse : _____

Tel : _____ GSM _____ Email _____

Autres personnes de contacts

Nom / Prénom : _____ Tel : _____

Nom / Prénom : _____ Tel : _____



RESIDENCE BELLE VALLEE

36, rue de la Semois

TEL : 44 25 31

e-mail : info@bellevallee.lu

ROER KATZ asbl

L-2533 LUXEMBOURG

Fax : 26 44 13 07

Etat de santé actuel

Mobilité : autonome avec aide canne/ aide technique chaise roulante

Hygiène corporelle : autonome aide partielle aide complète

Nutrition : autonome aide partielle aide complète

Régime : _____

Elimination : autonome aide partielle aide complète incontinence

Mémoire : bonne moyenne mauvaise

Comportement : équilibré perturbé agressif

Médecin traitant : _____ Tel : _____

Problèmes de santé connus : _____

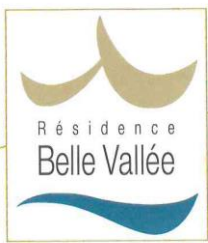
Traitement médicamenteux actuel : _____

Assurance dépendance : non demande introduite date _____

Nombre de minutes accordées / niveau accordé _____

Afin de protéger votre vie privée, nous vous assurons que vos données personnelles sont traitées de façon strictement confidentielle. Seuls nos collaborateurs, les professions de santé ainsi que toute autre personne qualifiée en relation directe avec votre dossier auront l'accès à vos données personnelles et En outre, toutes les professionnels doivent respecter le secret professionnel ! Vos données seront sauvegardées dans nos bases de données pour une durée de 10 ans. Sur votre demande les données personnelles pourront être effacées respectivement être gardées plus longtemps dans nos bases de données. Avec votre signature vous acceptez l'utilisation interne de vos données personnelles.

Signature demandeur / personne de référence : _____



RESIDENCE BELLE VALLEE

36, rue de la Semois

TEL : 44 25 31

e-mail : info@bellevallée.lu

ROER KATZ asbl

L-2533 LUXEMBOURG

Fax : 26 44 13 07

RAPPORT MEDICAL POUR ADMISSION

A remplir par le médecin traitant et à remettre à la Résidence Belle Vallée, Logement encadré agréé

Patient

Nom / Prénom / Nom de jeune fille : _____

Matricule nationale : _____

Médecin traitant

Nom / Prénom _____

Adresse _____

Tel : _____ Email : _____

Motif de la demande : _____

Etat de santé actuel

Diagnostic médical principal : _____

Diagnostic médical secondaire : _____

Traitement médicamenteux en cours : _____
