

**MAISON DE SOINS
LES PARCS DU TROISIEME AGE**

3, Am Bongert

L- 8081 Bertrange

Téléphone : 31 68 31 - 1

Fax : 31 68 31-210

CONFIDENTIEL

CERTIFICAT MEDICAL pour l'inscription en Maison de soins

CONCERNE:

Nom de famille:

Nom de jeune fille:

Prénom:

Matricule:

domicilié(e) à:

Nom et adresse du référent familial:

.....

I. MOTIF DE LA DEMANDE D'INSCRIPTION:

.....

.....

II. SEJOUR DEMANDE:

Long séjour

Séjour temporaire

(3 semaines/an prises en charge par l'Assurance

Dépendance)

III. CONDITIONS DU MAINTIEN A DOMICILE:

- Intervention d'un réseau d'aide et de soins

 oui non

Lequel:

- Fréquentation d'un centre de jour spécialisé:

 oui non

Lequel:

- Hospitalisation

 oui non

Quel

hôpital?.....

Jusqu'à

quand?.....

- Motif d'hospitalisation:

.....

IV. ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX:

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

V. TRAITEMENT EN COURS:

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

VI. REEDUCATION EN COURS:

oui non

Si oui, pour quel motif?

VII. DESCRIPTION DE LA DEPENDANCE PHYSIQUE:

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

VIII. DESCRIPTION DE LA DEPENDANCE PSYCHIQUE:

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

Eventuellement résultat: MMS (Folstein)/30, effectué le

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

Heures

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

non non

NOM DU MEDECIN CERTIFIANT:

ADRESSE:

TELEPHONE/FAX : DATE :

Veillez renvoyer ce certificat à :

Dr Normi Barnig
Maison de Soins «Les Parcs du 3e Âge»
3, am Bongert L- 8081 Bertrange

Téléphone : 31 68 31-1
Fax : 31 68 31-210
Email: nbarnig@p3a..lu

