

Maison de séjour et de soins « Beim Goldknapp »
8, Gruefwee
L-9147 Erpeldange-sur-Sûre
Tél. : 26 007-1 Fax : 26 007-505

DEMANDE D'ADMISSION COMMUNE DE BOURSCHEID

- préventive/vorbeugend
 urgente/dringend

Date de la demande :

Signature de la part de l'Administration communale :

Cachet de l'Administration communale :

Prière de joindre un certificat de résidence actuel à la demande !

Informations sur le futur résident/Informationen über den zukünftigen Bewohner :

Nom - Nom de jeune fille - Prénom Name - Geburtsname - Vorname
Etat civil/Zivilstand
Matricule/Versicherungsnummer
Profession/Beruf
Caisse de Maladie/Krankenkasse
Lieu de naissance/Geburtsort
Nationalité/Staatsangehörigkeit
Adresse/Anschrift
Téléphone/Telefonnummer

Personnes de contact/Bezugspersonen :

Nom/Name
Adresse/Anschrift :.....
Téléphone/Rufnummer
privé/privat, GSM, bureau/Arbeitsplatz
E-mail/Mail-Adresse
Lien de parenté avec le futur résident Verwandschaftsgrad mit dem zukünftigen Bewohner <input type="checkbox"/> fille/Tochter <input type="checkbox"/> fils/Sohn <input type="checkbox"/> époux(se)/Ehepartner <input type="checkbox"/> sœur, frère/Schwester, Bruder <input type="checkbox"/> autres/andere Möglichkeit.....

Nom/Name
Adresse/Anschrift :.....
Téléphone/Rufnummer
privé/privat, GSM, bureau/Arbeitsplatz
E-mail/Mail-Adresse
Lien de parenté avec le futur résident Verwandschaftsgrad mit dem zukünftigen Bewohner <input type="checkbox"/> fille/Tochter <input type="checkbox"/> fils/Sohn <input type="checkbox"/> époux(se)/Ehepartner <input type="checkbox"/> sœur, frère/Schwester, Bruder <input type="checkbox"/> autres/andere Möglichkeit.....

La demande pour l'assurance dépendance/Der Antrag an die Pflegeversicherung :

- a été introduite le/wurde eingereicht am
- n'a pas encore été introduite/wurde noch nicht eingereicht

Prestations Assurance dépendance/Pflegeleistungen :

Suivant le plan de soins établi par la Cellule d'évaluation et d'orientation, le futur résident nécessite heures de soins par semaine.

Nach dem Pflegeplan der „Cellule d'évaluation et d'orientation“, braucht der zukünftige Bewohner Stunden Pflege pro Woche.

Le futur résident se trouve actuellement/Der zukünftige Bewohner befindet sich momentan :

- à domicile/zu Hause
- à l'hôpital depuis le/im Krankenhaus seit dem
- autre institution/andere Einrichtung

Brève description de votre situation actuelle/Kurze Beschreibung Ihrer aktuellen Situation :

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

Merci de joindre une copie d'un certificat médical pour confirmer l'existence d'une démence ! Bitte diesem Formular eine Kopie eines Arztzeugnisses welches eine Demenzerkrankung bestätigt beifügen!

Prière de joindre une copie de l'accusé de réception de la demande de l'Assurance Dépendance et/ou une copie de la décision du plan de soins de l'Assurance Dépendance.

Bitte eine Kopie des Bestätigungsbriefes des Antrags an die Pflegeversicherung und/oder eine Kopie des Entscheids der Pflegeversicherung beifügen.

Souhaitez-vous recevoir des informations supplémentaires sur les différents services de l'Association Luxembourg Alzheimer ?

Sind sie an weiteren Informationen über die verschiedenen Dienste der Association Luxembourg Alzheimer interessiert?

Oui/Ja

Si oui/Wenn ja :

Foyers de jour/Tagesstätten

O Dahl O Dommeldange O Bonnevoie O Dudelange O Rumelange O Esch/Alzette

ala plus (réseau de soins à domicile)/ala plus (ambulanter Pflegedienst)

O Centre O Sud O Nord O Est

Groupes d'entraide/Selbsthilfegruppen

Cours pour familles et entourage/Kurs für Angehörige

Conseil individuel/Individuelle Beratung

Non/nein

Signature du futur résident :

Unterschrift des zukünftigen Bewohners:

.....

Signature de la personne de contact :

Unterschrift der Bezugsperson:

.....

En cas de questions, veuillez-vous adresser au : Service social et coordination de la Maison de séjour et de soins « Beim Goldknapp »

Bei Fragen, wenden Sie sich an den sozialen Dienst und Pflegekoordination des Wohn- und Pflegeheims „Beim Goldknapp“

A remplir par le médecin traitant

CONCERNE :

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____ Matricule : _____

Adresse : _____

DEMANDE :

préventive

urgente

MOTIF DE LA DEMANDE :

INFORMATIONS SUR LE DIAGNOSTIC :

Démence diagnostiquée :

 OUI NON

Forme de démence diagnostiquée :

Anamnèse :

ETAT DE SANTE ACTUEL :

Description de la dépendance physique :

Description de la dépendance psychique :

Description de la dépendance cognitive :

MOCA (Montreal cognitive assessment) : ___/30 Date : _____
(Vous trouverez une copie de l'assessment en allemand en annexe de ce rapport)

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

Allergies :

SITUATION SOCIALE :

LIEUX ET MOTIFS DES DERNIERES HOSPITALISATIONS :

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :

Traitement général :

Traitement spécifique par rapport à la démence :

ASSURANCE DEPENDANCE :

Avez-vous déjà envoyé le formulaire R20 à l'Assurance Dépendance ?

OUI NON

Si oui, à quelle date : _____

MEDECIN TRAITANT :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

 _____ L- _____

Cachet : _____ Signature : _____

Date : _____

Prière de joindre les copies des rapports des examens complémentaires datant de moins d'un an. (Scan, IRM, Labo, méd. spécialiste, etc.)

A envoyer à :
Maison de séjour et de soins « Beim Goldknapp »
C/O Corps médical
8, Gruefwee
L-9147 Erpeldange-sur-Sûre

ANNEXE

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

NAME :
Ausbildung :
Geschlecht :

Geburtsdatum :
DATUM :

VISUOSPATIAL / EXEKUTIV						PUNKTE																			
<p>Ende (E) Beginn (1) []</p>			<p>Würfel nachzeichnen</p>		Eine Uhr zeichnen (Zehn nach elf) (3 Punkte)		[] / 5 Kontur Zahlen Zeiger																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">BENENNEN</th> <th rowspan="2">PUNKTE</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>[]</p> </td> <td colspan="2"> <p>[]</p> </td> <td colspan="2"> <p>[]</p> </td> <td> ___ / 3 </td> </tr> </thead></table>								BENENNEN						PUNKTE	<p>[]</p>		<p>[]</p>		<p>[]</p>		___ / 3				
BENENNEN						PUNKTE																			
<p>[]</p>		<p>[]</p>		<p>[]</p>			___ / 3																		
GEDÄCHTNIS <p>Wortliste vorlesen, wiederholen lassen. 2 Durchgänge. Nach 5 Minuten überprüfen (s.u.)</p>						<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GESICHT</th> <th>SAMT</th> <th>KIRCHE</th> <th>TULPE</th> <th>ROT</th> <th rowspan="3">Keine Punkte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Versuch</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Versuch</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	Keine Punkte	1. Versuch						2. Versuch					
	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	Keine Punkte																			
1. Versuch																									
2. Versuch																									
AUFMERKSAMKEIT Zahlenliste vorlesen (1 Zahl/ Sek.) In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen [] 2 1 8 5 4 Rückwärts wiederholen [] 7 4 2 Buchstabenliste vorlesen (1 Buchst./Sek.). Patient soll bei jedem Buchstaben „A“ mit der Hand klopfen. Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B Fortlaufendes Abziehen von 7 , mit 100 anfangen [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 oder 5 korrekte Ergebnisse: 3 P., 2 oder 3 korrekt: 2 P., 1 korrekt: 1 P., 0 korrekt: 0 P.																									
SPRACHE <p>Wiederholen: „Ich weiß lediglich, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen.“ [] „Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn die Hunde im Zimmer waren.“ []</p> <p>Möglichst viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen [] ____ (N ≥ 11 Wörter)</p>																									
ABSTRAKTION <p>Gemeinsamkeit von z.B. Banane und Apfelsine = Frucht [] Eisenbahn - Fahrrad [] Uhr - Lineal []</p>																									
ERINNERUNG <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GESICHT</th> <th>SAMT</th> <th>KIRCHE</th> <th>TULPE</th> <th>ROT</th> <th rowspan="3">Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Worte erinnern OHNE HINWEIS</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Optional Hinweis zu Kategorie Mehrfachauswahl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis	Worte erinnern OHNE HINWEIS	[]	[]	[]	[]	[]	Optional Hinweis zu Kategorie Mehrfachauswahl					
	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis																			
Worte erinnern OHNE HINWEIS	[]	[]	[]	[]	[]																				
Optional Hinweis zu Kategorie Mehrfachauswahl																									
ORIENTIERUNG <p>[] Datum [] Monat [] Jahr [] Wochentag [] Ort [] Stadt</p>																									

© Z Nasreddine MD Version 7. Nov. 2004 deutsche Übersetzung: SM Bartusch, SG Zipper

Normal ≥ 26 / 30

www.mocatest.org Untersucher: _____

TOTAL ___/30

+ 1 Punkt wenn ≤ 12 Jahre Ausbildung