

Aufnahmeantrag Demande d'admission



Antrag / Demande

dringend / urgente vorbeugend / préventive

Unsere Häuser / Nos maisons

Bitte geben Sie die Häuser Ihrer Wahl nach Priorität 1, 2, 3 an. Veuillez indiquer les maisons de votre choix suivant priorités 1, 2, 3.
CIPA Integriertes Altenzentrum / Centre intégré pour personnes âgées **MS** Pflegeheim / Maison de soins / **RS** Service-Residenz / Résidence services / **STUDIO** sans contrat d'aide / **STUDIO** ohne Pflegevertrag

Zentrum / Centre

- CIPA Am Park**
Bofferdange
- STUDIO**
Am Schlass
Bofferdange
- CIPA Op der Rhum**
Luxembourg
- CIPA Beim**
Klouschter Howald

Süden / Sud

- CIPA Grand-Duc**
Jean Dudelange
- CIPA Op der Léier**
Esch
- CIPA Um Lauter-**
bann Niederkorn
- CIPA Roude Fiels**
Rumelange
- MS Thillebierg**
Differdange

Osten / Est

- CIPA Belle-Vue**
Echternach
- MS Am Schleeschen**
Echternach

Norden / Nord

- MS Bei der Sauer**
Diekirch
- MS Sanatorium**
Vianden
- MS Schlassbléck**
Vianden
- MS Geenzebléi**
Wiltz
- RS Liewensbam**
Troisvierges

Angaben des Antragstellers / Données concernant le demandeur (I)

Name / Nom _____

Vorname / Prénom _____

Mädchenname / Nom de jeune fille _____

Nationale Versicherungsnummer / Matricule national _____

Gesundheitskasse / Caisse de santé _____

Nationalität / Nationalité _____

Geburtsort / Lieu de naissance _____

Zivilstand / État civil ledig / célibataire verwitwet / veuf geschieden / divorcé
 verheiratet / marié lebt mit einem Partner zusammen / vit en partenariat

Wohnort / Domicile

N° _____ Strasse / Rue _____

L- _____ Ort / Lieu _____

Telefon / Téléphone _____ Mobil / GSM _____

E-mail _____

Angaben des Antragstellers / Données concernant le demandeur (II)

Kontaktperson / Personne de référence

Verwandschaft / Lien de parenté _____
Name / Nom _____ Vorname / Prénom _____
N° _____ Strasse / Rue _____
L- _____ Ort / Lieu _____
Telefon / Téléphone _____ Mobil / GSM _____
E-mail _____

Sozialarbeiter (in) / Assistant(e) social(e)

Name / Nom _____ Vorname / Prénom _____
Dienst / Service _____ Telefon / Téléphone _____
Mobil / GSM _____ E-mail _____

Pflegeversicherung / Assurance dépendance

Antrag / Demande ja / oui nein / non Datum / Date _____
Begutachtet / Évalué ja / oui nein / non Datum / Date _____

Wenn ja, bitte Kopie des Entscheids mitschicken / Si oui, joindre la copie de la décision

Zusammenfassender Bericht über die Kostenübernahme _____ Leistungsstufe _____
Synthèse de prise charge _____ Niveau _____
Réévaluation ja / oui nein / non Datum / Date _____

Kriegsbeschädigung / Dommages de guerre

Zwangsrekrutiert / Enrôlé de force ja / oui nein / non
Resistenz / Résistance ja / oui nein / non

Falls ja, bitte ein Zeugnis beifügen / Si oui, prière de joindre un certificat

Gründe des Antrags / Motifs de la demande

Einverständniserklärung

Hiermit **erkläre ich mich mit dem Einreichen meines Antrags bei SERVIOR einverstanden.**

In diesem Sinne **erlaube ich** den Mitarbeitern von SERVIOR meine Daten bezüglich meines Gesundheitszustandes bei mir, meiner von mir bestimmten Kontaktperson, meinen behandelnden Ärzten und allen anderen Personen, welche Zugang zu diesen Daten haben, zu sammeln, um eine adäquate Betreuung durch SERVIOR zu gewährleisten.

Ferner **erkläre ich mich einverstanden**, dass meine Daten zur elektronischen Weiterverarbeitung bei SERVIOR gespeichert werden.

SERVIOR verpflichtet sich die Rechte betreffend die allgemeinen Richtlinien des Datenschutzes zu respektieren.

Déclaration

Par la présente, **je me déclare d'accord** avec l'introduction d'une demande d'admission auprès de SERVIOR.

En ce sens, **j'autorise** SERVIOR à collecter les données relatives à ma santé auprès de moi-même ou auprès de la personne référente de mon choix, de mon médecin traitant ou tout autre professionnel de santé ayant accès à ces données pour évaluer la faisabilité d'une prise en charge adéquate par les services de SERVIOR.

En outre, **j'accepte** la saisie et l'archivage électronique de mes données personnelles par SERVIOR.

SERVIOR s'engage à respecter les droits relatifs à la protection des données des demandeurs.

Datum / Date _____ Unterschrift / Signature _____

Kontakt / Contact

46 70 13 46
admission@servior.lu

Versandadresse / Adresse d'envoi

SERVIOR – Division « Relations avec les clients »
Boîte postale 1413 / L-1014 Luxembourg