

ZithaMobil
 Foyer de Jour

PATIENT			
Nom / Name			
Prénom / Vorname			
Nom de jeune fille / Mädchenname			
Adresse / Anschrift	N°	Rue / Straße	
	L-	Lieu / Ort	
Matricule / Versicherungsnummer	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Caisse de Maladie / Krankenkasse			
Téléphone / Telefon ☎			E-mail
PERSONNE DE CONTACT / KONTAKTPERSON			
Nom / Name			
Prénom / Vorname			
Téléphone / Telefon ☎			Email
Lien avec le demandeur / Verhältnis zum Antragsteller	<input type="checkbox"/> Conjoint / Ehepartner <input type="checkbox"/> Enfant / Kind <input type="checkbox"/> Tuteur-Curateur / Vormund _____		
ASSURANCE DEPENDANCE / PFLEGEVERSICHERUNG			
Demande assurance dépendance / Antrag bei der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Oui / Ja <input type="checkbox"/> Non / Nein	Date / Datum	Niveau des soins / Pflegestufe (1-15)
SOINS A PREVOIR / ERFORDERLICHE PFLEGE			
Début / Anfangszeit			
Nom du Médecin traitant / Name des Hausarztes			
L'ordonnance médicale doit être présente. Die ärztliche Verordnung muss vorhanden sein.			
A SIGNER S.V.P. / BITTE UNTERZEICHNEN			
Une saisie et une communication rapide et systématique de vos données sont une condition préalable pour une prise en charge de bonne qualité. Afin de protéger votre vie privée, nous vous assurons que les documents et données qui se trouvent dans votre dossier et dans les systèmes électroniques de traitement des données sont traités de façon strictement confidentielle. Dans le cadre de votre prise en charge, il est nécessaire que les personnes suivantes aient accès à vos données: le personnel de l'établissement, le médecin traitant et selon les besoins, toute autre personne qualifiée et utile pour votre prise en charge. Les règlements internes seront réalisés selon les dispositions légales. Toutes les informations sont en outre protégées par le secret professionnel auquel sont liés tous les membres du personnel de l'établissement.			
Le/la soussigné(e) _____ a pris connaissance de cette information et donne son accord pour l'utilisation des informations et données selon la réglementation susdite.			
Eine schnelle und systematische Erfassung, Verarbeitung und Kommunikation von Ihren Daten ist eine Voraussetzung für eine bestmögliche Übernahme in unserem Heim. Zum Schutz Ihrer Privatsphäre versichern wir Ihnen, dass wir die Dokumente und Daten, die sich in Ihrer Patientenakte und den elektronischen Datenverarbeitungssystemen befinden, streng vertraulich behandeln.			
Im Rahmen Ihrer Behandlung ist es erforderlich, dass folgende Personen Zugang zu Ihren Daten haben: das Heimpersonal, Ihr Hausarzt und nach Bedarf jede weitere für die Behandlung nötige, qualifizierte Person. Die internen Regelungen werden entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen umgesetzt. Alle Informationen sind zusätzlich durch das Berufsgeheimnis, an welches das gesamte Heimpersonal gebunden ist, geschützt.			
Der/die Unterzeichnende(r) _____ hat diese Information zur Kenntnis genommen und gibt sein Einverständnis für die Nutzung der Informationen und Daten gemäß der oben genannten Regelungen.			
.....		
(Signature / Unterschrift)		(Date / Datum)	

A ENVOYER A / EINSCHICKEN AN :

ZithaMobil –13 rue Michel Rodange L-2430 LUXEMBOURG - email : zithamobil@zitha.lu