

Tel : 2745 - 9000
Fax : 2745 - 8000
19, av. Emile Reuter
L-2420 Luxembourg
seap@elisabeth.lu

Ste Elisabeth am Park
Structure d'hébergement pour personnes âgées

DEMANDE DE RESERVATION
SEJOUR EN LIT DE VACANCES



Version 2024/03

DA21.0-05

| | | | | |
|----------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|---|
| Période | du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ = _____ Nuits (min. 6 nuits; Jour d'entrée : LU-JE) | Chambre Non-fumeur ! | N° (rés. à l'ADM) | Prix/Nuit Selon indice actuel du coût de la vie |
| Motif : | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | |
|------------------------------|---|---------------------------|---|
| CLIENT | <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur | N° Client | (rés. à l'ADM) |
| Nom / Prénom | | Nom de jeune fille | |
| Date de naissance | | Lieu de naissance | |
| Matricule sociale | | Caisse de maladie | |
| Nationalité | | Langues parlées | <input type="checkbox"/> Lux. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> All. <input type="checkbox"/> |
| État civil | <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e) | | |
| Tel. | Tel: | GSM: | |
| E-mail / Fax | Email: | Fax: | |
| Adresse | Nr, rue : CP: Localité: Commune: | | |
| Lieu de séjour actuel | <input type="checkbox"/> Adresse comme susmentionné <input type="checkbox"/> En hôpital : <input type="checkbox"/> Autre (Précisez s.v.p.): | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| ENTOURAGE | | | |
| Personne de contact 1 | Nom / Prénom : | | |
| <input type="checkbox"/> Conjoint | Tél. (privé) : | Tél. (bureau): | |
| <input type="checkbox"/> Enfant | E-mail : | Fax : | |
| <input type="checkbox"/> Assistant Social | Adresse : | | |
| <input type="checkbox"/> Tuteur | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre | | | |
| Personne de contact 2 | Nom / Prénom : | | |
| <input type="checkbox"/> Conjoint | Tél. (privé) : | Tél. (bureau): | |
| <input type="checkbox"/> Enfant | E-mail : | Fax : | |
| <input type="checkbox"/> Assistant Social | Adresse : | | |
| <input type="checkbox"/> Tuteur | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre | | | |
| Confirmation de réservation envoyer à | <input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Personne de contact 1 <input type="checkbox"/> Personne de contact 2 | | |
| | <input type="checkbox"/> par courrier <input type="checkbox"/> par fax <input type="checkbox"/> par e-mail | | |
| Adresse de facturation | <input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Personne de contact 1 <input type="checkbox"/> Personne de contact 2 | | |
| Pendant séjour en SHPA | En cas d'urgence, contacter: | <input type="checkbox"/> Personne de contact 1 | <input type="checkbox"/> Personne de contact 2 |
| | | <input type="checkbox"/> Personne de contact 1 | <input type="checkbox"/> Personne de contact 2 |
| | Personne s'occupant du linge: | Autre : | |
| | | Tél. | |

Voir verso : compléter et signer - Merci ☺

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX (un rapport médical peut être joint)**Médecin (s) traitant** : Nom: Tél. :
Nom: Tél. :

- Diabète : insulino-dépendant **Autre** :
- Maladie cardiaque:
- Hypertension artérielle: **Traitements en cours**
- Maladie pulmonaire: Anticoagulant
- Maladie digestive: Traitement analgésique
- Maladie démentielle: Oxygénothérapie
- Parkinson
- Arthrite/ Arthrose Plaie en traitement:

Tabagisme : non oui**Régime alimentaire** (ordonnance médicale) : non oui précisez svp :**Allergie(s) alimentaire** : non oui précisez svp :**SOINS ET ASSISTANCE** Décrivez s.v.p. brièvement le besoin d'aide (en cas de demande ou de décision d'assurance dépendance, veuillez joindre une copie des documents à la présente demande)Une **demande Assurance Dépendance** a été introduite ? non oui date :Il existe un **plan de prise en charge Assurance Dépendance** ? non oui date :Le client est assisté par un **réseau de soins à domicile** ? non oui lequel :Le client fréquente régulièrement un **Foyer de jour** ? non oui lequel :

| | | | |
|----------------|-----------------------------------|--|--|
| Hygiène | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide minimale-partielle | <input type="checkbox"/> Aide complète |
| | | | Matériel incontinence: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |

| | | | |
|------------------|-----------------------------------|--|--|
| Nutrition | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide minimale-partielle | <input type="checkbox"/> Aide complète |
|------------------|-----------------------------------|--|--|

| | | | |
|-----------------|-----------------------------------|--|--|
| Mobilité | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide minimale-partielle | <input type="checkbox"/> Aide complète |
|-----------------|-----------------------------------|--|--|

Aides techniques: Canne Rollateur Chaise roulante Lève-personne**Risque de chute connu**: non oui - Moyen de prévention :

| | | | |
|----------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Mémoire | <input type="checkbox"/> Bonne | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvaise |
|----------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

| | | | |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Orientation | <input type="checkbox"/> Bonne | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvaise |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

Besoin d'encadrement et de soutien*Pour les séjours en lit de vacances, **un accord préalable** par un responsable est indispensable pour confirmer la prise en charge dans les groupes de vie interne. Le nombre des places est limité.*

-
- Activité spécialisée en groupe
-
-
- Garde en groupe (jour)

Risque de « fugue » (dû à un trouble cognitif) connu ? non oui

La SHPA Ste Elisabeth am Park ne dispose pas d'unité spécifique adaptée à la prise en charge de personnes présentant un risque de fugue dû à des troubles cognitifs identifiés. **Il est possible de quitter le bâtiment à tout moment et nous ne disposons pas de milieu extérieur protégé et sécurisé** (voie publique). Les portes coupe-feu ne peuvent pas être fermées et ne sont pas surveillées. Les accès principaux sont équipés de caméras de surveillance.

Toutes vos données personnelles seront traitées conformément à la législation relative à la protection des données en vigueur. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter notre site internet ou de vous adresser directement à l'institution.

_____, le _____ Signature _____

Lieu

Date

Client ou représentant

Renvoyez ce formulaire s.v.p. par fax, e-mail ou par courrier.Vous serez contacté, dans les meilleurs délais, par un responsable pour **donner suite à la présente demande.**

Nous ne traitons que les formulaires dûment remplis et signés.

Merci pour votre compréhension.