

Aufnahmeantrag / Demande d'admission Blannenheem



☐ dringend / urgente ☐ vorbeugend / préventive

Angaben des Antragstellers / Données concernant le demandeur

☐ Herr / Monsieur ☐ Frau / Madame

☐ Paar (1 Formular pro Person) / Couple (1 formulaire par personne)

Name des Partners / Nom du conjoint _____

Name / Nom _____

Vorname / Prénom _____

Mädchenname / Nom de jeune fille _____

Nationalität / Nationalité _____

Nationale Versicherungsnummer / Matricule national _____

Geburtsort / Lieu de naissance _____

Gesundheitskasse / Caisse de santé _____

CMCM : ☐ Ja ☐ Nein Mitglied der Blindenvereinigung ☐ Ja ☐ Nein

Zivilstand / État de civil ☐ ledig / célibataire (-trice) ☐ verwitwet / veuf(ve) ☐ geschieden / divorcé(e)

☐ verheiratet / marié(e) ☐ lebt mit Partner zusammen / vit en partenariat

Beruf / Profession: _____

Der Antragsteller befindet sich zu Zeit unter / Le demandeur est sous

☐ Schutz der Justiz / Sauvegarde de justice ☐ Betreuung/ Curatelle ☐ Vormund / Tutelle

Offizielle Adresse / Adresse officielle

N° _____ Strasse / Rue _____

L- _____ Ort / Lieu _____

Telefon / Téléphone _____ Mobil / GSM _____

Aktueller Aufenthaltsort / Séjour actuel

☐ gleicher Aufenthaltsort wie offizielle Adresse / idem adresse officielle

☐ im Krankenhaus (angeben) / Clinique (précisez) _____

☐ anderer Ort (angeben) / autre (précisez) _____

Der Antragssteller wohnt alleine / Le demandeur vit seul

☐ ja / oui ☐ nein (Name angeben) / non (précisez nom) _____

Kontaktperson / Personne de référence (1) *Pflichtfeld / information indispensable*

Verwandschaftsgrad / Lien de parenté _____

Name / Nom _____ Vorname / Prénom _____

N° _____ Strasse / Rue _____

L- _____ Ort / Lieu _____

Telefon / Téléphone _____ Mobil / GSM _____

Email /email _____

Kontaktperson / Personne de référence (2)

Verwandschaftsgrad / Lien de parenté _____

Name / Nom _____ Vorname / Prénom _____

N° _____ Strasse / Rue _____

L- _____ Ort / Lieu _____

Telefon / Téléphone _____ Mobil / GSM _____

Kontaktperson / Personne de référence (3)

Verwandschaftsgrad / Lien de parenté _____

Name / Nom _____ Vorname / Prénom _____

N° _____ Strasse / Rue _____

L- _____ Ort / Lieu _____

Telefon / Téléphone _____ Mobil / GSM _____

Kontaktperson / Personne de référence (4)

Verwandschaftsgrad / Lien de parenté _____

Name / Nom _____ Vorname / Prénom _____

N° _____ Strasse / Rue _____

L- _____ Ort / Lieu _____

Telefon / Téléphone _____ Mobil / GSM _____

Name des Hausarzt / Nom du médecin généraliste _____

Antragsgrund / Motif de la demande

- ☐ Krankheit / Maladie ☐ Behinderung / Handicap ☐ Demenz / Démence ☐ Einsamkeit / Solitude
- ☐ Augenprobleme / Problème de vue links / gauche _____ % rechts / droite _____ %
- ☐ Verlust des Sehverm gens / Perte de vue
- ☐ Anderer (angeben) / Autre (  préciser) _____

Allgemeinzustand / Etat général

- ☐ bon / gut ☐ mittelm  ig / médiocre ☐ schlecht / mauvais

Verhalten / Comportement

- ☐ ausgeglichen / équilibré
- ☐ auff llig / perturbé
- ☐ aggressiv / agressif

Gedächtnis / Mémoire

- ☐ gut / bonne
- ☐ mittelm  ig / moyenne
- ☐ schlecht / mauvaise

Mobilität / Mobilité

- ☐ alleine / seul
- ☐ mit Gehstock / avec canne
- ☐ mit Rollator / avec déambulateur
- ☐ im Rollstuhl / en chaise roulante

Ernährung / Nutrition

- ☐ eigenst ndig / autonome
- ☐ Teilhilfe (zerkleinern) / aide partielle (couper)
- ☐ komplette Hilfe / aide complète

K rperhygiene / Hygiène corporelle

- ☐ eigenst ndig / autonome
- ☐ kleine Hilfe / aide minimale
- ☐ komplette Hilfe / aide complète

Ausscheidung / Elimination

- ☐ kontinent / continent
- ☐ Hilfe beim Toilettengang / accompagnement aux W.C.
- ☐ inkontinent / incontinent

Pflegeversicherung / Demande Assurance Dépendance

Antrag bei der Pflegeversicherung schon gestellt? / Demande Assurance Dépendance introduite?

- ☐ ja Datum _____ ☐ nein

Anzahl der Stunden die pro Woche für Verrichtungen im täglichen Leben (AEV) genehmigt sind _____

Nombre d'heures accordées par semaine pour actes essentiels de la vie (AEV) _____

Antrag auf Palliativpflege ? / Demande soins palliatifs ☐ ja ☐ Datum / Date _____

☐ nein

Anmerkungen/Remarques

Im Falle einer dringenden Anfrage, bitten wir Sie um eine kurze Beschreibung der aktuellen Situation und / oder zur Beilage eines medizinischen Berichts.

En cas de demande urgente, veuillez décrire brièvement la situation actuelle et / ou joindre un certificat / rapport médical.

Der Antrag ist ausgefüllt und unterschrieben durch / La demande est introduite et signée par

- ☐ Antragssteller / Demandeur
- ☐ andere Person (angeben) / autre personne (précisez) _____

Die Empfangsbestätigung des Antrags senden wir zum / La confirmation de demande est à envoyer

- ☐ Antragsteller / demandeur
- ☐ andere Person (angeben) / autre personne (précisez)

Name/nom _____

Adresse / adresse _____

Email / email _____

Einverständniserklärung / Déclaration

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Daten zur elektronischen Weiterverarbeitung durch die Administration des „Blannenheem – Fondation Lëtzebuerger Blannevereenegung“ gespeichert werden.

Par la présente, j'accepte la saisie et l'archivage électronique des données par l'administration du „Blannenheem – Fondation Lëtzebuerger Blannevereenegung“.

_____, den / le _____ Unterschrift / Signature _____

Versandadresse / Adresse d'envoi

Fondation Lëtzebuerger Blannevereenegung

„Blannenheem - Admission“

47, rue de Luxembourg - L-7540 Rollingen

info@flb.lu - Tél. 32 90 31 – 300 - Fax 32 91 81