

**DRK KLINIK METTLACH**  
**FÜR GERIATRIE UND REHABILITATION**

[clinique de gériatrie et de rééducation]  
 avec services associés  
 Médecin en chef MD (syr.) H. Mahamid

Saaruferstraße 10 · D-66693 Mettlach  
 Tél. : 00496864/88209 · Fax : 00496864/2006

**Inscription** (au service de rééducation !)

Contact pour prendre un rendez-vous : Mme Mees / Mme Haupenthal

Date d'admission souhaitée : \_\_\_\_\_

Prestations optionnelles :     chambre à 1 lit                       chambre à 2 lits                       choix du médecin en chef

L'accord selon § E 112 a-t-il été demandé à l'Union des caisses de maladie ?                       oui                       non

Régime obligatoire (caisse principale) :

CMCM :  oui  non

Autres assurance complémentaires : \_\_\_\_\_

<b>Certificat médical et informations sur le besoin de soins et d'aide</b> (Veuillez faire remplir le recto à la personne soignante ou l'assistante sociale, le verso au médecin)			
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	
Adresse de domicile :	Hébergement actuel :		
Médecin de famille :	Personne ressource du patient :		
<b>Autres diagnoses et symptômes :</b> Syndrome psycho-organique <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Paranoïde <input type="checkbox"/> Hémiplégie <input type="checkbox"/> Paraplégie <input type="checkbox"/> Trouble du langage <input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> Cécité/diminution de la vision de haut degré <input type="checkbox"/> Surdité/dureté d'oreille de haut degré <input type="checkbox"/> Polyarthrite/polyarthrose <input type="checkbox"/> Etat après amputation d'une/des deux jambe(s) <input type="checkbox"/> Gangrène <input type="checkbox"/> Escarre <input type="checkbox"/> (�tendue décrite au verso) Diabète faible/insulinodépendant <input type="checkbox"/> Syncopes/chutes <input type="checkbox"/> Plâtre <input type="checkbox"/> Alimentation :            orale <input type="checkbox"/> sonde nasale <input type="checkbox"/> GEP <input type="checkbox"/> Communication :        normale <input type="checkbox"/> possible partiellement <input type="checkbox"/> pas possible <input type="checkbox"/>	Se déplacer <input type="checkbox"/> Monter/descendre l'escalier <input type="checkbox"/> S'habiller/se déshabiller <input type="checkbox"/> Prendre un bain/se laver <input type="checkbox"/> Manger/boire <input type="checkbox"/> Faire ses besoins <input type="checkbox"/> S'asseoir/se lever <input type="checkbox"/> Coucher pour la nuit <input type="checkbox"/> Contact avec l'environnement <input type="checkbox"/> Alit� <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale <input type="checkbox"/> Désorientation temps/lieu <input type="checkbox"/> Agitation jour/nuit <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Autres moyens auxiliaires ? lesquels ? _____ Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Administration de médicaments <input type="checkbox"/>	besoin complet d'aide	besoin partiel d'aide
Quelles aides sont accordées actuellement : soins à domicile <input type="checkbox"/> soins communautaires <input type="checkbox"/> aide-ménagère <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> lesquelles : _____			

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature de la personne soignante responsable

- Début de la maladie / l'événement aigu :

- Opération :  oui, le \_\_\_\_\_  non

- En cas d'implantation de prothèses, d'ostéosynthèses et de fractures traitées de manière conservatrice :

- Charge complète :  oui  non      Charge partielle    kg/                      poids du corps  
pour d'autres ..... semaines

- Rendez-vous souhaité avec l'opérateur et/ou le médecin traitant

oui, pour le \_\_\_\_\_  non

Diagnose détaillée pour le traitement de rééducation :

Maladies concomitantes importantes (ou joindre une copie des résultats) :

Objectif de la rééducation :

Thérapie actuelle (médication) :

Date \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Cachet et signature du médecin