

RAPPORT DU MÉDECIN TRAITANT
DANS LE CADRE DE L'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE EN OBTENTION DE
PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE - R20

Personne à (ré)évaluer	<i>Nom :</i>														
	<i>Prénom :</i>														
	<i>Matricule :</i>														

A. PREMIÈRE DEMANDE POUR AIDES ET SOINS
(s'il s'agit d'une demande de réévaluation, passez au point B)

Maladies ou problèmes de santé actuels et antécédents notables :

Selon vous, l'état de santé engendre-t-il un besoin d'aide d'une tierce personne ?

- dans le domaine de l'hygiène Oui Non
- dans le domaine de la nutrition Oui Non
- dans le domaine de l'habillement / déshabillage Oui Non
- dans le domaine de la mobilité à l'intérieur du domicile Oui Non

Si oui, précisez :

Prévoyez-vous que cet état de dépendance ?

- durera moins de 6 mois durera plus de 6 mois sera irréversible

B. DEMANDE EN RÉVISION DES PRESTATIONS AIDES ET SOINS

(à remplir uniquement si la personne bénéficie déjà de prestations aides et soins)

1. Aggravation de la (des) pathologie(s) existante(s) Oui Non

Si oui, précisez :

2. Apparition d'une (de) nouvelle(s) pathologie(s) Oui Non

Si oui, précisez :

Selon vous cette aggravation de la (les) pathologie(s) / cette apparition de nouvelle(s) pathologie(s) engendre-t-elle un besoin d'aide accru d'une tierce personne ?

- dans le domaine de l'hygiène Oui Non
- dans le domaine de la nutrition Oui Non
- dans le domaine de l'habillement / déshabillage Oui Non
- dans le domaine de la mobilité à l'intérieur du domicile Oui Non

Si oui, précisez :

Prévoyez-vous que ce nouvel état de dépendance ?

- durera moins de 6 mois durera plus de 6 mois sera irréversible

C. TRAITEMENT (à remplir dans tous les cas de figure)

1. Traitement médicamenteux actuel

Médication	Dosage	Médication	Dosage

- Gestion autonome des médicaments possible** Oui Non
Présence d'un aidant informel capable d'assurer cette gestion Oui Non

2. Une rééducation / réhabilitation est-elle ?

- prévue en cours terminée

D. REMARQUES IMPORTANTES, RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES, RAPPORTS PERTINENTS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

E. DEMANDE POUR AIDES TECHNIQUES / ADAPTATION D'UNE VOITURE AUTOMOBILE

Veillez donner une description précise de l'aide technique désirée avec le diagnostic justifiant cet appareillage et en indiquant la correction de la fonction souhaitée

L'appareillage est demandé pour pallier un déficit d'apparence chronique et dépassant une durée prévisible d'utilisation de 6 mois Oui Non

F. DEMANDE POUR TRANSFORMATION ARCHITECTURALE – ADAPTATION DE LOGEMENT

Veillez donner une description précise des transformations architecturales souhaitées avec le diagnostic justifiant ces transformations

_____ *Date*

_____ *Signature*

Cachet

Veillez remplir le mémoire d'honoraire ci-dessous et remettre le tout sous pli fermé au bénéficiaire, ou l'envoyer à l'adresse suivante :

**Assurance Dépendance
125 route d'Esch
L-1471 Luxembourg**

MÉMOIRE D'HONORAIRES

N° _____

(cachet du médecin)

Code médecin _____

(si pas indiqué sur le cachet)

Personne à (ré)évaluer	<i>Nom :</i>																			
	<i>Prénom :</i>																			
	<i>Matricule :</i>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		

H	DATE	CODE TARIF / LIBELLÉ / OBJET	NBR	MONTANT
A	Date de la rédaction du rapport	R20 rapport du médecin traitant dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention de prestations de l'assurance dépendance (non cumulable avec consultation ou visite)	1	

Réservé à l'administration

VISA DE LA CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

Date de réception du rapport : _____ Bon pour liquidation : OUI NON

Luxembourg, le _____

Cachet / Signature