



Rehaklinik

SOINS PSYCHIATRIQUES  
À DOMICILE  
Tél: 2682 - 3122  
Fax: 2682 - 4958  
spad@chnp.lu

## Demande médicale de prise en charge par le SPAD

### Signalétique et informations du bénéficiaire de soins (étiquette)

**Matricule:** \_\_\_\_\_

**Nom et Prénom:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tél:** \_\_\_\_\_

**Langue:**  luxembourgeoise  allemande  française

<b>Date de prescription:</b>	_____	<b>Validité de prescription:</b>	_____
------------------------------	-------	----------------------------------	-------

### Code diagnostic médical: Code ICD10 (International Classification of Diseases)

<b>Code principal:</b>	_____	<b>Code(s) secondaire(s):</b>	_____
------------------------	-------	-------------------------------	-------

### Projets et objectifs de la prise en charge

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Médication

Dénomination	Dosage	Posologie				
		Matin	Midi	Après-midi	Soir	Au besoin
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____

### Médecin prescripteur:

### Bénéficiaire de soins:

<p>Cachet &amp; signature</p> <p>Nom: _____</p> <p>Prénom: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>Code médecin: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Signature</b></p>	<p>Je soussigné(e) _____ déclare (i) avoir été informé(e) et (ii) ne pas m'opposer au transfert de la présente demande médicale de prise en charge et des données personnelles qu'elle contient au SPAD afin d'assurer la meilleure prise en charge et continuité des soins possible.</p> <p>Le traitement de mes données personnelles par le SPAD est soumis à la réglementation applicable, en particulier le Règlement général sur la protection des données (RGPD). Dès ma première prise de contact avec le SPAD, je recevrai une notice d'information m'expliquant pourquoi et comment mes données sont collectées et quels sont mes droits.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Signature précédée de la mention «lu et approuvé»</b></p>
---	---



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