

Demande médicale de prise en charge par le SPAD

Signalétique et informations du bénéficiaire de soins (étiquette)	
Matricule:	_____
Nom et Prénom:	_____
Adresse:	_____
Tél:	_____
Langue:	<input type="checkbox"/> luxembourgeoise <input type="checkbox"/> allemande <input type="checkbox"/> française

Date de prescription: _____	Validité de prescription: _____
------------------------------------	--

Code diagnostic médical: Code ICD10 (International Classification of Diseases)	
Code principal: _____	Code(s) secondaire(s): _____

Projets et objectifs de la prise en charge

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

Médecin prescripteur:	Bénéficiaire de soins:
Cachet & signature Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____ Code médecin: _____ _____ <p style="text-align: center;">Signature</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. 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 style="text-align: center;">Signature précédée de la mention «lu et approuvé»</p>



Date: ____ / ____ / ____