

Demande médicale de réhabilitation à l'Hôpital de Jour

Veuillez faxer ce document au 2682-4925 ou email Secmed@chnp.lu
(Secrétariat médical)

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

Le patient ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités physiques

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

Information du bénéficiaire de soins:	Médecin prescripteur:
<p>Le médecin prescripteur reconnaît (i) avoir informé le bénéficiaire de soins, et (ii) que ce dernier nes'oppose pas, au transfert de la présente demande médicale de prise en charge et des données personnelles qu'elle contient à l'HDJ afin d'assurer la meilleure prise en charge et continuité des soins possibles.</p>	<p style="text-align: center;">Cachet & signature</p> <p>Nom: _____</p> <p>Prénom: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Code médecin: _____</p> <p style="text-align: center;">_____ Signature</p>



Date: ____ / ____ / ____