Rehaklinik

HÔPITAL DE JOUR

Demande médicale de prise en charge à l'Hôpital de Jour

Veuillez envoyer ce document par email : hopital.de.jour@chnp.lu

Signalétique et informations du bénéficiaire de soins (étiquette)			
Matricule :			
Nom et Prénom :			
Adresse :			
Tél :			
Langue :	☐ luxembourgeoise ☐ allemande ☐ française ☐ _____		
Date de prescription :		**Validité de prescription :**	**6 mois**
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			

Médecin prescripteur	Bénéficiaire de soins
Nom/Prénom : _____ **Adresse :** _____ _____ **Code médecin :** _____ **Téléphone :** _____ **Email :** _____ _____ **Signature**	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 à l'HDJ afin d'assurer la meilleure prise en charge et continuité des soins possibles. Le traitement de mes données personnelles par l'HDJ est soumis à la réglementation applicable, en particulier le Règlement général sur la protection des données (RGPD). Dès ma première prise de contact avec l'HDJ, je recevrai une notice d'information m'expliquant pourquoi et comment mes données sont collectées et quels sont mes droits. _____ **Signature précédée de la mention «lu et approuvé »** **Date :**

DP0368