Rehaklinik

Demande médicale de suivi à l'Hôpital de Jour

Veuillez envoyer ce document par email à : 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 du suivi			
☐ **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 suivi et des données personnelles qu'elle contient à l'HDJ afin d'assurer le meilleur suivi et la 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