



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

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
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____

Information du bénéficiaire de soins:

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 au SPAD afin d'assurer la meilleure prise en charge et continuité des soins possibles.

Médecin prescripteur:

Cachet & signature

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Code médecin: _____

Signature



Date: ____ / ____ / _____