



Fiche Médicale

≥ 18 Joer

1. Numm : _____
Nom

2. Virnumm : _____
Prénom

3. Grupp : _____
Groupe

4. All d'Donnéen op dëser Fiche ginn vertraulech behandelt an den Ziedel gëtt spëndstens no engem Joer zerstäert.
Toutes les données recueillies sur cette fiche seront traitées avec discrétion et cette feuille sera détruite après un an.

5. Adress (Nr a Strooss) : _____ 6. PLZ : _____
Adresse (n° et rue) Code Postal

7. Uertschaft : _____ 8. Telefon : _____
Localité Téléphone

9. Matricule : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 10. Krankekeess : _____
Caisse de maladie

11. Datum vun der leschter Impfung géint de Starrkrampf : _____
 (N.B.: all 10 Joer muss e Rappel gemaach ginn)
Date de la dernière vaccination contre le tétanos (n.b.: Un rappel est nécessaire tous les 10 ans.)

12. Krankheeten, Operatiounen, Behënnerungen :
Antécédents médicaux et chirurgicaux, handicaps

13. Allergien (lessen, Planzen, Déieren, Medikamenter, ...) : <i>Allergies (aliments, plantes, animaux, médicaments, ...)</i>	14. Eventuell Behandlung : <i>Traitement éventuel</i>

15. Medikamenter déi regelméisseg (z.B. all Dag) mussen geholl ginn, mat der Dosis :
Médicaments devant être pris régulièrement (p.ex. tous les jours), avec le dosage



16. Speziellen Regime, deen eventuell muss agehalen ginn :

Régime particulier éventuel

17. Wien soll am Noutfall kontaktéiert ginn ?

Qui contacter en cas d'urgence ?

18. Numm a Virnumm : _____ 19. Telefon : _____
Nom et prénom *Téléphone*

20. Bezéiung zu dëser Persoun : _____
Lien de parenté avec cette personne

18. Numm a Virnumm : _____ 19. Telefon : _____
Nom et prénom *Téléphone*

20. Bezéiung zu dëser Persoun : _____
Lien de parenté avec cette personne

21. Hausdokter :

Médecin traitant

22. Numm a Virnumm : _____ 23. Telefon : _____
Nom et prénom *Téléphone*

24. Weider Bemierkungen : _____
Remarques supplémentaires

25. **Décharge :**

L - Am Fall wou mäin Gesondheitszoustand géing eng dréngend Decisioun erfuederen, an ouni kënnen dës Entschcheidung selwer ze huelen, iwwerloossen ech dem behandelnden Dokter d'Initiativ fir d'Wiel vun all Analyse, medezinescher Behandlung oder chirurgescher Interventioun déi hien fir néideg fënnt.

F - *Au cas où mon état de santé réclamait une décision urgente, et à défaut de pouvoir moi-même prendre cette décision, je laisse l'initiative au médecin traitant pour le choix de tout examen, traitement médical ou intervention chirurgicale qu'il jugera nécessaire.*

26. Numm a Virnumm, *nom et prénom*

27. Datum, *date*

28. Ënnerschrëft, *signature*

29. W.e.g. eng rezent Kopie vun der Impfkaart bäileen. *Prière de joindre une copie récente de la carte de vaccination.*

30. Eng béidsäiteg Kopie vun der Krankekeesskaart bäileen. *Prière de joindre une copie des deux faces de la carte de Sécurité Sociale.*