



# Fiche Médicale

## ≥ 18 Joer / ans

1.	Numm :	_____
	<i>Nom</i>	
2.	Virnumm :	_____
	<i>Prénom</i>	
3.	Grupp :	_____
	<i>Groupe</i>	

4. All d'Donnéeën op dëser Fiche ginn vertraulech behandelt an den Ziedel gëtt spëtstens no engem Joer zerstéiert.  
*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 :	_____
<i>Adresse (n° et rue)</i>		<i>Code Postal</i>	
7. Uertschaft :	_____	8. Telefon :	_____
<i>Localité</i>		<i>Téléphone</i>	
9. Matricule :	_____	10. Krankekees :	_____
		<i>Caisse de maladie</i>	

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, ...) :	14. Eventuell Behandlung :
<i>Allergies (aliments, plantes, animaux, médicaments, ...)</i>	<i>Traitement éventuel</i>

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



16. Spezielle Regime, deen eventuell muss agehale 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 erfuerderen, an ouni kënnen dës Entscheidung selwer ze huelen, iwwerloossen ech dem behandelnden Dokter d'Initiativ fir d'Wiel vun all Analyse, medezinescher Behandlung oder chirurgescher Interventioun déi hie 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 bäileeën. *Prière de joindre une copie récente de la carte de vaccination.*

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