



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 spëitstens 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 : _____
Adresse (n° et rue) *Code Postal*

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

9. Matricule :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 10. Krankekees : _____
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, ...) : 14. Eventuell Behandlung :
Allergies (aliments, plantes, animaux, médicaments, ...) *Traitement éventuel*

--	--

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, deem 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 Gesondheetszoustand géing eng dréngend Decisioun erfuerderen, an ouni kënnen dës Entscheedung 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.*