

Dr. medic Marius Federiga
37, Route de Luxembourg
L-6450 Echternach
Tel. 00352-28997203
903256-89



Déclaration de protection des données

Veillez remplir vos données personnelles :

Nom de jeune fille : _____

Prénom: _____

Nom de famille: _____

Matricule / date de naissance : _____

assuré par (cochez) : CNS autre : _____

Adresse (Rue, numéro de maison, code postale, localité) :

numéro GSM : _____

numéro de téléphone fixe : _____

adresse E-Mail: _____

J'ai été informé(e) que mes données personnelles seront stockées sous forme numérique aux fins d'un traitement médical dans le cabinet du Dr. Federiga. Pour les besoins de votre traitement, les données peuvent et doivent être transmises à des tiers tels que des laboratoires médicaux, des hôpitaux, des médecins co-traitants, des bureaux fiscaux et des compagnies d'assurance maladie. Dans le cas contraire, les données ne seront transmises qu'à votre demande expresse.

Par quel moyen pouvons-nous vous contacter, par exemple pour vous informer de la nécessité d'un nouveau rendez-vous ou pour vous faire part de vos résultats?

Par téléphone par courrier par E-Mail

Date, Signature

Dr Marius Federiga
37, Route De Luxembourg
L-6450 Echternach
Tel: 00352-28997203
eMail: internistlux@gmail.com
903256-89



Anamnèse

Nom, prénom

Matricule : _____

Maladies antérieures

Taille : _____ cm Poids: _____ kg

Avez-vous des allergies? _____

Souffrez-vous d'une intolérance médicamenteuse ? _____

Souffrez-vous de rhumatismes? _____

Avez-vous de l'hypertension / de l'hypotension ? _____

Avez-vous des maladies cardiaques, hépatiques ou circulatoires? _____

Avez-vous des maladies infectieuses (VIH, hépatite) ? _____

Avez-vous du diabète ? _____

Avez-vous d'autres maladies connues ? _____

Vous êtes : fumeur non-fumeur ancien fumeur

Quels médicaments prenez-vous actuellement de manière régulière ?

05.10.23

Date, signature