

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT ET A ENVOYER A :

ZithaMobil 13, rue Michel Rodange L-2430 LUXEMBOURG

email: zithamobil@zitha.lu

Direction Médicale Zitha Senior - Dr Carine FEDERSPIEL 30, rue Ste Zithe L-2763 LUXEMBOURG

PATIENT

Nom _____ Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Matricule

Avec ma signature j'autorise la transmission des données relatives à ma santé par mon médecin traitant :

Signature du patient _____

MEDECIN TRAITANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ L- _____

Téléphone _____ E-mail _____

ETAT DE SANTE ACTUEL

Diagnostic principal _____

Diagnostics secondaires _____

Etat cognitif MMS _____ /30 Date _____

Antécédents médico-chirurgicaux _____

Traitements médicamenteux en cours _____

Facteurs de risque : TABAC ALCOOL HTA OBESITE HYPERCHOLESTEROLEMIE DIABETE

Avez-vous déjà envoyé le formulaire R20 à l'Assurance Dépendance ? OUI Date : _____

par Dr _____ le _____ Signature _____