

DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de la personne protégée

Personne protégée

Nom

Numéro d'identification:

(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s)

Adresse de correspondance(*)

(Rue)

(N°)

(Pays)

(CP)

(Localité)

Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée (pièces justificatives à joindre) (*)

Nom

Numéro d'identification:

(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)

Prénom(s)

Adresse de correspondance(*)

(Rue)

(N°)

(Pays)

(CP)

(Localité)

Liste de toute affection de longue durée, dont la personne protégée est atteinte

N° ALD

Identification du médecin référent

Nom

Code prestataire:

Prénom

Accès au dossier de soins partagé (DSP)

Par sa signature, la personne protégée déclare avoir pris connaissance du droit dont dispose le médecin référent d'accéder le contenu de son DSP.

Personne protégée (ou représentant légal)	Médecin référent
Date et signature	Date, signature et estampille

La déclaration dûment remplie et signée est à notifier dans les meilleurs délais par la médecin référent à la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757 - 4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu

(*)optionnel

