

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 \_\_\_\_\_