



DÉCLARATION DE PRESTATION DE SERVICES

MÉDECIN-GÉNÉRALISTE, MÉDECIN-SPÉCIALISTE,
MÉDECIN-DENTISTE, MÉDECIN-DENTISTE SPÉCIALISTE,
MÉDECIN-VÉTÉRINAIRE

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Lieu de naissance :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse domicile :

N° :

Code postal :

Localité :

Pays :

Tél. privé :

Fax privé :

Adresse professionnelle :

N° :

Code postal :

Localité :

Date d'établissement :

Tél. professionnel :

Fax professionnel :

GSM :

E-mail :

Adresse pour courrier :

domicile

professionnelle

OBJET

Déclaration de prestation de services

PROFESSION

Médecin-généraliste

Médecin-spécialiste

Médecin-dentiste

Médecin-dentiste spécialiste

Médecin-vétérinaire

SPÉCIALITÉS EN MÉDECINE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthésiologie | <input type="checkbox"/> Médecine physique et réadaptation |
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Médecine tropicale |
| <input type="checkbox"/> Anatomie pathologique | <input type="checkbox"/> Microbiologie-bactériologie |
| <input type="checkbox"/> Biologie clinique | <input type="checkbox"/> Néphrologie |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Chimie biologique | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> Neurophysiologie clinique |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie des vaisseaux | <input type="checkbox"/> Neuropsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie plastique | <input type="checkbox"/> Oncologie médicale |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie gastro-entérologique | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie générale | <input type="checkbox"/> Orthopédie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie pédiatrique | <input type="checkbox"/> Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie thoracique | <input type="checkbox"/> Pharmacologie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Pneumologie |
| <input type="checkbox"/> Dermato-vénérologie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie infantile |
| <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostic |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie et obstétrique | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Hématologie biologique | <input type="checkbox"/> Rhumatologie |
| <input type="checkbox"/> Hématologie générale | <input type="checkbox"/> Santé publique et médecine sociale |
| <input type="checkbox"/> Immunologie | <input type="checkbox"/> Stomatologie |
| <input type="checkbox"/> Maladies contagieuses | <input type="checkbox"/> Traumatologie et médecine d'urgence |
| <input type="checkbox"/> Médecine génétique | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Médecine interne | <input type="checkbox"/> Vénérologie |
| <input type="checkbox"/> Médecine du travail | <input type="checkbox"/> Autre* : |
| <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire | |
-

SPÉCIALITÉS EN MÉDECINE DENTAIRE

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Orthodontie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie buccale |
| <input type="checkbox"/> Autre* : |
-

*Spécialité non-reconnue au Luxembourg

1 - ÉTUDES

ÉTUDES PRIMAIRES, SECONDAIRES

Nom de l'établissement	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

ÉTUDES SUPÉRIEURES

Nom de l'université	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

**PERIODES DE FORMATION DE SPECIALISATION,
RESP. FORMATION SPECIFIQUE EN MEDECINE GENERALE**

Nom de l'université	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

2 - FORMATION CONTINUE

3 - EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Indiquez avec précision votre exercice professionnel antérieur

4 - ÉTABLISSEMENT LÉGAL DANS UN OU PLUSIEURS ETATS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE

Êtes-vous légalement établi(e) dans un autre Etat membre de l'Union européenne pour exercer la profession de médecin, de médecin-dentiste ou de médecin-vétérinaire

Oui Non

Si Oui,

Indiquez la profession exercée¹ dans l'Etat membre où vous êtes établi(e) :²

Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent ?³

Oui Non

Si Oui,

Indiquez lequel, les coordonnées correspondantes et votre numéro de registre.

Disposez-vous d'une couverture d'assurance ou d'autres moyens de protection personnelle ou collective concernant la responsabilité professionnelle découlant de l'exercice de votre profession⁴?

Oui Non

Commentaires éventuels :

¹ Veuillez indiquer l'intitulé de la profession dans la langue de l'Etat membre où vous êtes établi(e), ainsi que dans la langue de l'Etat membre d'accueil ou, subsidiairement, en anglais, français ou allemand.

² Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

³ Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

⁴ Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

5 - CONNAISSANCES LINGUISTIQUES

Indiquez votre niveau de connaissance de la manière suivante :

0 = pas de notions	1 = élémentaire, scolaire	2 = connaissance pratique suffisante
3 = approfondie	4 = excellente	

Langue maternelle	
-------------------	--

Langue	Expression orale	Expression écrite	Lecture	Compréhension
luxembourgeoise				
française				
allemande				
Autre(s)				

6 - HONORABILITE PROFESSIONNELLE

Est-ce que vous faites l'objet d'une suspension ou d'une interdiction d'exercice de la profession en raison d'une faute professionnelle ou d'une infraction pénale ?

Oui Non

Si Oui, expliquez :

Est-ce qu'une instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction disciplinaire ou pénale, est en cours à votre rencontre ?

Oui Non

Si Oui, expliquez :

7 - PRESTATIONS DE SERVICES

1^{ère} Déclaration Renouvellement

En cas de renouvellement, indiquez les périodes pendant lesquelles vous avez presté des services:

Du / / au / /

Du / / au / /

Du / / au / /

Du / / au / /

Du / / au / /

Continuité des soins assurés par (* *seulement remplir en cas d'impossibilité d'assurer personnellement la continuité des soins*) :

- Nom et adresse du ou des médecins :

- Nom de l'établissement hospitalier chargé d'assurer cette continuité :

Indiquez les périodes pendant lesquelles vous allez prester des services (* *uniquement remplir si ressortissant non-UE*):

Du / / au / /

Du / / au / /

Du / / au / /

Indiquez la nature des prestations (* uniquement remplir si ressortissant non-UE):

consultation visite intervention chirurgicale

autre:

Indiquez le(s) lieu(x) des prestations (* uniquement remplir si ressortissant non-UE):

Prestation demandée par (* uniquement remplir si ressortissant non-UE):

le malade *N.B. Le nom du malade ne doit pas être indiqué afin de respecter le secret médical*

le médecin traitant

Commentaires éventuels:

8 - AUTRES OBSERVATIONS

Par la présente j'affirme sur l'honneur que les informations fournies sont sincères, véritables et complètes.

(Lieu)

le _____
(Date)

(Signature)

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA LORS DE LA PREMIERE DECLARATION DE PRESTATION DE SERVICE

1. une copie d'une pièce d'identité et, le cas échéant, un document attestant le bénéfice des dispositions de la directive 2003/109/CE ou 2004/38/CE, au titre de l'article 52 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire ;
2. une attestation certifiant que le détenteur est légalement établi dans cet Etat pour y exercer les activités de médecin ou de médecin-dentiste et qu'il n'encourt, lorsque l'attestation est délivrée, aucune interdiction même temporaire d'exercer ;
3. une copie du diplôme, certificat ou autre titre requis pour la prestation de services en cause ;
4. copie de la couverture d'assurance concernant la responsabilité professionnelle découlant de l'exercice de la profession ;
5. tous éléments de nature à établir que le demandeur possède les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de sa profession.

En cas de renouvellement de la prestation de services et lorsque cette dernière remonte à plus de douze mois, le document visé au point (2.) doit être produit sur demande du ministre et ne peut dater de plus de trois mois lors de sa production.

LA DECLARATION DE SERVICE EST A ENVOYER A L'ADRESSE

**Ministère de la Santé
Service des professions de santé
Villa Louvigny – Allée Marconi
L-2120 Luxembourg**