

CERTIFICAT MÉDICAL (À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT)

Nom du patient

Prénom du patient

Localité

Code postal

 -

Rue et numéro

Date de naissance

 / /

Date de l'examen médical

 / /

Date de réservation du voyage

 / /

Voyage du

 / / au / /

1. L'état de santé du patient à la date de consultation permet-il à ce dernier d'effectuer ou de poursuivre le voyage prévu? oui non

2. S'agissait-il d'une maladie chronique ou préexistante à la date de réservation du voyage? oui non

Si oui, l'état de santé du patient, à cette même date:

permettait la réalisation de ce voyage.

contre-indiquait la réalisation de ce voyage.

il était prévisible que l'état de santé nécessiterait un traitement médical en relation avec sa maladie au jour de la réalisation du voyage, empêchant/interrompant ce dernier.

3. En cas de grossesse, date prévue pour l'accouchement? / /

4. La maladie relève-t-elle d'une des situations suivantes: oui non

- état dépressif et maladie mentale ou nerveuse qui ne se sont pas manifestés pour la première fois à la date de l'examen;

- interruption volontaire de grossesse ne relevant pas d'une urgence médicale;

- suicide ou tentative de suicide;

- état d'ivresse ou d'ébriété, influence de stupéfiants, produits hallucinogènes, drogues ou calmants, usage abusif de médicaments ou effet de médicaments non prescrits par un médecin agréé.

Lieu et date

Cachet et signature du médecin traitant précédée de
«Certifié sincère et véritable»

LALUX Assurances et DKV Luxembourg traiteront les données personnelles de l'assuré conformément à la Notice d'information sur le traitement de données personnelles disponible à l'adresse <https://www.lalux.lu/fileadmin/mediatheque/documents/CG/Spuerkeess-VISA-Infinite-2020-FR.pdf>

Le mémoire d'honoraire relatif au présent certificat médical est à charge du patient