

Dr Tiberius-Julius Dersidan
37, Route De Luxembourg
L-6450 Echternach
Tel: 00352-27993855
FAX: 00352-27998142
eMail: gynluxembourg@gmail.com
901406-82



Déclaration de protection des données

Veillez remplir vos données personnelles :

Nom de jeune fille : _____

Prénom: _____

Nom de famille: _____

Matricule / date de naissance : _____

assuré par (cochez) : CNS autre : _____

Adresse (Rue, numéro de maison, code postale, localité) :

numéro GSM : _____

numéro de téléphone fixe : _____

adresse E-Mail: _____

J'ai été informé(e) que mes données personnelles seront stockées sous forme numérique aux fins d'un traitement médical dans le cabinet du Dr. Dersidan. Pour les besoins de votre traitement, les données peuvent et doivent être transmises à des tiers tels que des laboratoires médicaux, des hôpitaux, des médecins co-traitants, des bureaux fiscaux et des compagnies d'assurance maladie. Dans le cas contraire, les données ne seront transmises qu'à votre demande expresse.

Par quel moyen pouvons-nous vous contacter, par exemple pour vous informer de la nécessité d'un nouveau rendez-vous ou pour vous faire part de vos résultats?

Par téléphone par courrier par E-Mail

Date, Signature



Dr Tiberius-Julius Dersidan

Cher patient,

Les données suivantes sont d'une grande importance pour votre traitement.
Veuillez remplir tous les points dans la mesure du possible et signer à la fin du document.

Nom, prénom: _____

Antécédents gynécologiques :

Date de la dernière menstruation : _____

Utilisez-vous un moyen de contraception ?

non

oui: la pillule, quelle ? : _____ stérilet hormonal stérilet au cuivre
 anneau contreceptif condom

Fumez-vous ? non oui, environ _____ cigarettes par jour arrêté depuis _____

Avez-vous des allergies ? non oui, quelles? _____

Avez-vous déjà subi des opérations gynécologiques ?

non oui, quelles / quand ? _____

Sujet Grossesse

Nombre d'accouchements spontanés : _____ **Nombre de césariennes :** _____

Complications lors de l'accouchement : _____

Nombre de fausses couches : _____ **Nombre d'avortements :** _____

Nombre de grossesses extra-utérines : _____

Antécédents médicaux généraux :

**Avez-vous eu jusqu'à présent une infection par le virus du papillome humain (HPV) ?
(analysé lors du frottis de dépistage) ?**

non oui

Êtes-vous vaccinée contre le virus HPV ?

non oui

Avez-vous d'autres maladies chroniques ?

non

oui, les suivantes: _____

Médicaments :

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

non oui, les suivants : _____

Date de votre dernier examen gynécologique: _____

Avez-vous des problèmes de santé actuels, raison pour laquelle vous venez aujourd'hui ?

Date, signature