



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

☐

1^{ère} déclaration de prestation de services

☐

Renouvellement

PROFESSION

☐

Médecin-généraliste

☐

Médecin-spécialiste

☐

Médecin-dentiste

☐

Médecin-dentiste spécialiste

☐

Médecin-vétérinaire

SPÉCIALITÉS EN MÉDECINE

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

SPÉCIALITÉS EN MÉDECINE DENTAIRE

- ☐ Orthodontie
☐ Chirurgie buccale
☐ 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 encontre ?

☐ 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 LORS DE LA PREMIERE DECLARATION DE PRESTATION DE SERVICES

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 PRESTATION DE SERVICES EST A ENVOYER A L'ADRESSE

**Ministère de la Santé
Service des professions de santé
1, rue Charles Darwin
L-1433 Luxembourg**