

A remplir par le médecin

MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse du cabinet : _____

Numéro INAMI : _____

Tél. / GSM : _____

E-mail : _____

PATIENT(S) :

Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

Date(s) de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. / GSM (indispensable) : _____

E-mail : _____

SYMPTÔMES RENCONTRÉS : (Merci de préciser)

allergiques : _____

respiratoires : _____

dermatologiques : _____

non spécifiques (fatigue, céphalées,...) : _____

autres : _____

AUTRES INFORMATIONS UTILES (p.ex. polluants et problèmes suspectés):

A envoyer au **SAMI-LUX** par courrier ordinaire,
fax ou e-mail :

Rue du Carmel, 1 – 6900 Marloie

Tél. : 084 31 05 03

Fax : 084 31 18 38

samilux@province.luxembourg.be

Date, cachet et signature (obligatoires)