



**DEMANDE D'AUTORISATION TEMPORAIRE D'EXERCER LES  
ACTIVITES DE MEDECIN OU DE MEDECIN-DENTISTE DANS LE  
CADRE DE LA FORMATION AU LUXEMBOURG**

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR**

Nom : .....

Prénom : .....

Lieu de naissance : ..... Date de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse domicile : ..... N° : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Pays : .....

Tél. privé : ..... Fax privé : .....

GSM : .....

E-mail : .....

**OBJET**

- Demande d'autorisation temporaire d'exercer les activités de médecin/de médecin-dentiste sous la responsabilité d'un maître de stage
- Prolongation de l'autorisation temporaire d'exercer les activités de médecin/de médecin-dentiste sous la responsabilité d'un maître de stage

**PROFESSION**

- Médecin-généraliste
- Médecin-spécialiste
- Médecin-dentiste
- Médecin-dentiste spécialiste

## SPÉCIALITÉS EN MÉDECINE

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anesthésiologie                              | <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire                   |
| <input type="checkbox"/> Allergologie                                 | <input type="checkbox"/> Médecine physique et de réadaptation |
| <input type="checkbox"/> Anatomie pathologique                        | <input type="checkbox"/> Médecine tropicale                   |
| <input type="checkbox"/> Biologie clinique                            | <input type="checkbox"/> Microbiologie-bactériologie          |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie                                  | <input type="checkbox"/> Néphrologie                          |
| <input type="checkbox"/> Chimie biologique                            | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie                       |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque                          | <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"/> 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                          |   |

## SPÉCIALITÉS EN MÉDECINE DENTAIRE

- Orthodontie
- Chirurgie buccale

## 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		Année de formation
	de	à	

#### 4 – INSCRIPTION A L'ORDRE/COUVERTURE D'ASSURANCE

Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent ?<sup>1</sup>

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 profession?<sup>2</sup>

Oui  Non

<sup>1</sup> Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

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

Commentaires éventuels :

---

---

---

## 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 - AUTRES OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
(Lieu)

le \_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature)

## DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE POUR OBTENIR L'AUTORISATION TEMPORAIRE D'EXERCER

### la médecine ou la médecine dentaire sous la responsabilité d'un maître de stage au Grand-Duché de Luxembourg

- copie du passeport ou copie de la carte d'identité
- extrait du casier judiciaire (en original et pas plus de 3 mois de date)
- attestation de bonne santé physique et mentale, établie par un médecin luxembourgeois ou étranger agréé (en original et pas plus de 3 mois de date)
- à condition d'y être inscrit : certificat d'honorabilité et de moralité délivré par l'Ordre des médecins/chirurgiens-dentistes (en original et pas plus de 3 mois de date)
- curriculum vitae

#### **pour les médecins-généralistes et les médecins-spécialistes :**

- une copie de votre diplôme de formation médicale de base,
- **soit** un plan de stage dûment validé et signé, **soit** une attestation du maître de stage certifiant que vous faites un stage auprès de lui (avec la période exacte) et une attestation de la Ärztekammer/Ordre des médecins (qui va reconnaître la formation) que le maître de stage est agréé.

#### **pour les médecins-dentistes :**

- une attestation du maître de stage certifiant que vous faites un stage auprès de lui,
- une attestation de l'Université certifiant que le maître de stage est agréé.

En cas de prolongation de l'autorisation temporaire, les documents à fournir sont les suivants:

#### **pour les médecins-généralistes et les médecins-spécialistes :**

- **soit** un plan de stage dûment validé et signé, **soit** une attestation du maître de stage certifiant que vous faites un stage auprès de lui (avec la période exacte) et une attestation de la Ärztekammer/Ordre des médecins (qui va reconnaître la formation) que le maître de stage est agréé.

#### **pour les médecins-dentistes :**

- une attestation du maître de stage certifiant que vous faites un stage auprès de lui,
- une attestation de l'Université certifiant que le maître de stage est agréé.

LA DEMANDE A ENVOYER A L'ADRESSE

**MINISTERE DE LA SANTE  
SERVICE DES PROFESSIONS DE SANTE  
1, rue Charles Darwin  
L-1433 Luxembourg**