



## DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION D'EXERCER

MÉDECIN-GÉNÉRALISTE, MÉDECIN-SPÉCIALISTE,  
MÉDECIN-DENTISTE, MÉDECIN-DENTISTE SPÉCIALISTE,  
MÉDECIN-VÉTÉRIINAIRE

### 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

Demande de renouvellement de l'autorisation d'exercer

### PROFESSION

Médecin-généraliste

Médecin-spécialiste

Médecin-dentiste

Médecin-dentiste spécialiste

Médecin-vétérinaire

## SPÉCIALITÉS EN MÉDECINE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthésiologie                              | <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire                  |
| <input type="checkbox"/> Allergologie                                 | <input type="checkbox"/> Médecine physique et 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 dentaire, orale et maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> Neurologie                          |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie des vaisseaux                      | <input type="checkbox"/> Neurophysiologie clinique           |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie plastique                          | <input type="checkbox"/> Neuropsychiatrie                    |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie gastro-entérologique               | <input type="checkbox"/> Oncologie médicale                  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie générale                           | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie                       |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie maxillo-faciale                    | <input type="checkbox"/> Orthopédie                          |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie pédiatrique                        | <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologie              |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie thoracique                         | <input type="checkbox"/> Pédiatrie                           |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie                                 | <input type="checkbox"/> Pharmacologie                       |
| <input type="checkbox"/> Dermato-vénéréologie                         | <input type="checkbox"/> Pneumologie                         |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologie                               | <input type="checkbox"/> Psychiatrie                         |
| <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie                           | <input type="checkbox"/> Psychiatrie infantile               |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie                                    | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostic                     |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie et obstétrique                   | <input type="checkbox"/> Radiologie                          |
| <input type="checkbox"/> Hématologie biologique                       | <input type="checkbox"/> Radiothérapie                       |
| <input type="checkbox"/> Hématologie générale                         | <input type="checkbox"/> Rhumatologie                        |
| <input type="checkbox"/> Immunologie                                  | <input type="checkbox"/> Santé publique et médecine sociale  |
| <input type="checkbox"/> Maladies contagieuses                        | <input type="checkbox"/> Stomatologie                        |
| <input type="checkbox"/> Médecine génétique                           | <input type="checkbox"/> Traumatologie et médecine d'urgence |
| <input type="checkbox"/> Médecine interne                             | <input type="checkbox"/> Urologie                            |
| <input type="checkbox"/> Médecine du travail                          | <input type="checkbox"/> Vénérologie                         |

## 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		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 exercée<sup>1</sup> dans l'Etat membre où vous êtes établi(e) :<sup>2</sup>

.....  
.....  
.....

Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent ?<sup>3</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>4</sup>

Oui  Non

Commentaires éventuels :

.....  
.....  
.....

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

<sup>4</sup> 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 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 DE RENOUELEMENT DE L'AUTORISATION D'EXERCER

### la médecine, la médecine dentaire ou la médecine vétérinaire au Grand-Duché de Luxembourg

#### FR

- 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)
- certificat d'honorabilité et de moralité délivré par l'Ordre des médecins/chirurgiens-dentistes/vétérinaires (en original et pas plus de 3 mois de date)
- curriculum vitae

#### DE

- Kopie des Reisepasses oder Kopie des Personalausweises
- Polizeiliches Führungszeugnis vom Bundesamt für Justiz (Original und darf nicht älter als 3 Monate sein)
- Ärztliches Attest (Original und darf nicht älter als 3 Monate sein)
- Nachweis der Zuverlässigkeit und Würdigkeit für die Ausübung des ärztlichen Berufs (Unbedenklichkeitsbescheinigung), ausgestellt von einer Ärzte- / Zahnärzte- / Tierärztekammer (Original und darf nicht älter als 3 Monate sein)
- Lebenslauf

#### ENG

- Copy of the passport or copy of the identity card
- Certificate of good conduct (original document and must not be older than 3 month)
- Medical certificate (original document and must not be older than 3 month)
- Certificate of good standing by Medical / Dental / Veterinary Council (original document and must not be older than 3 month)
- Curriculum vitae

DEMANDE A ENVOYER A L'ADRESSE

**MINISTERE DE LA SANTE**  
**Département Professionnels de la Santé**  
**1, rue Charles Darwin**  
**L-1433 Luxembourg**