



QUESTIONNAIRE MEDICAL (à partir de la 2ème consultation en médecine du travail)

La carte de vaccination est à présenter lors de l'examen

1. Saisie

Nom et prénom(s) :

Matricule :

Avez-vous eu depuis votre dernière visite auprès du médecin du travail :

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Si oui, prière de détailler :</u>
Un accident avec blessures graves ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Un accident du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une nouvelle opération ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une nouvelle maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une nouvelle hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une cure (orthopédique / psychiatrique / désintoxication) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Est-ce que votre traitement médicamenteux a changé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2. Signature

Lieu : _____

Date : _____

Nom et signature
de l'agent :

A remplir par l'agent et à remettre au médecin du travail au moment de la consultation

Protection des données à caractère personnel

Le formulaire que vous allez nous soumettre dans le cadre de votre demande contient des informations à caractère personnel. Ces informations seront enregistrées dans notre système d'information par l'Administration des services médicaux du Secteur public dans le cadre de l'examen périodique. Ces données seront traitées et conservées pendant la période nécessaire à l'exécution de nos obligations.

Conformément au [Règlement \(UE\) 2016/679](#) relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous avez un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation de traitement de vos données ainsi qu'un droit d'opposition et un droit à la portabilité de vos données.

Pour exercer l'un de vos droits, vous pouvez envoyer un courriel à notre délégué à la protection des données : dpo@mfp.etat.lu , ou par courrier recommandé à :

Le délégué à la protection des données
Ministère de la Fonction publique
10, avenue John F.Kennedy
L-1855 Luxembourg

En soumettant ce formulaire, vous acceptez que vos données personnelles soient traitées dans le cadre de votre demande.