

Trockensalzinhalation

Ärztliche Verordnung

TEIL I: IDENTIFIZIERUNG

PARTIE I: IDENTIFICATION

Der Unterzeichnete, Dr., behandelnder Facharzt von
 Je soussigné(e), médecin spécialiste de

NAME:

NOM :

VORNAME:

PRENOM :

GEBURTSDATUM:

DATE DE NAISSANCE :

TEIL II: DIAGNOSE

PARTIE II: DIAGNOSTIC

bestätige, dass oben genannte Person an folgender Erkrankung leidet:

confirme que la personne mentionné(e) ci-dessus souffre d'une maladie suivante :

Bronchial-Asthma
L'asthme bronchique

Zystische Fibrose
Fibrose kystique

Chronische Bronchitis
Bronchite chronique

Lungenfibrose
Fibrose pulmonaire

Bronchiektasien
Bronchectasie

Chronische Allergie
Allergie chronique

COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
BPCO

und der aktuelle Gesundheitszustand eine Teilnahme an einer Trockensalztherapie erlaubt.

et que son état de santé actuel permet sa participation à une thérapie d'inhalation du sel sec.

Datum

Date

Unterschrift

Signature

Gemäß der EU Verordnung 2016/679 informieren wir Sie darüber, dass Ihre Daten im Rahmen des Gesetzes vom 6. August 1990 bezüglich der Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen sowie des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der zusätzlichen Krankenversicherung unter der Verantwortung der Freien Krankenkasse, mit Sitz in 4760 Büllingen, Hauptstraße 2, verarbeitet werden. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie einsehen unter www.freie.be/privacy oder per Post anfordern: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 in 4760 Büllingen.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données, nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de la loi 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire sous la responsabilité de Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 à 4760 Büllingen. Pour tout renseignement complémentaire, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée via www.freie.be/privacy ou par courrier à l'adresse suivante : Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 à 4760 Büllingen.