



DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER
MÉDECIN-GÉNÉRALISTE, MÉDECIN-SPÉCIALISTE,
MÉDECIN-DENTISTE, MÉDECIN-DENTISTE SPÉCIALISTE,
MÉDECIN-VÉTÉRINAIRE

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 d'autorisation d'exercer définitive

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 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		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 exercée¹ dans l'Etat membre où vous êtes établi(e) :²

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

Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent ?³

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?⁴

Oui Non

Commentaires éventuels :

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

¹ 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.

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

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

⁴ 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 encontre ?

Oui Non

Si Oui, expliquez :

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

7 - AUTRES OBSERVATIONS

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



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

**! A utiliser dans toutes les
correspondances !
Ministère de la Santé
1, rue Charles Darwin
L-1433 Luxembourg**

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

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 D'EXERCER**

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

FR

- **preuve de paiement de la taxe de 450€**
- 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, **p.ex. votre médecin de famille, etc. ... ou autre médecin de choix** (en original et pas plus de 3 mois de date)
- copie des diplômes
- 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

- **Zahlungsnachweis der Gebühr von 450€**
- Kopie des Reisepasses oder Kopie des Personalausweises
- Polizeiliches Führungszeugnis vom Bundesamt für Justiz (Original und darf nicht älter als 3 Monate sein)
- Ärztliches Attest, **ausgestellt von einem zugelassenem Arzt aus Luxemburg oder dem Ausland z.B. : Ihr Hausarzt, usw. oder sonst ein Arzt Ihrer Wahl** (Original und darf nicht älter als 3 Monate sein)
- Kopie von den Diplomen
- 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

- **Proof of payment of the fee of 450€**
- Copy of the receipt
- 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, **established by an approved doctor , e.g. your family doctor, etc. ... or another doctor of your choice** (original document and must not be older than 3 month)
- Copy of diplomas
- Certificate of good standing by Medical / Dental / Veterinary Council (original document and must not be older than 3 month)
- Curriculum vitae

Veuillez noter qu'une réponse vous sera envoyée 1 à 4 semaines après la date d'entrée de la demande.



Modifications législatives en vigueur à partir du 1.1.2015

Nouvelles modalités concernant les demandes d'autorisation d'exercer une profession médicale, de santé et de pharmacien, de port d'un titre licite de formation, de l'ouverture d'une clinique vétérinaire et l'obtention d'une concession de pharmacie.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, les demandes ci-après adressées au Ministère de la Santé sont subordonnées au paiement préalable d'une taxe comme suit:

(Loi du 19 décembre 2014 relative à la mise en œuvre du paquet d'avenir – première partie 2015)

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2014/0257/2014A5472A.html?highlight=paquet%22avenir>

1. Type d'autorisation et montant de la taxe Professions médicales :

- Demande d'autorisation d'exercer la médecine en qualité de médecin-généraliste ou en qualité de médecin-spécialiste : 450 € (référence à indiquer : **AUTOMED + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation d'exercer la médecine dentaire en qualité de médecin-dentiste ou en qualité de médecin-dentiste spécialiste : 450 € (référence à indiquer : **AUTOMEDDENT + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation d'exercer la médecine-vétérinaire en qualité de médecin-vétérinaire : 450 € (référence à indiquer : **AUTOMEDVET + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation temporaire d'exercer les activités de médecin à titre de remplaçant d'un médecin : 150 € (référence à indiquer : **REPLMED + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation temporaire d'exercer les activités de médecin-dentiste à titre de remplaçant d'un médecin-dentiste : 150 € (référence à indiquer : **REPLMEDDENT + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation de port d'un titre licite de formation pour le médecin autorisé à exercer : 75 € (référence à indiquer : **TITREMED + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation de port d'un titre licite de formation pour le médecin-dentiste autorisé à exercer : 75 € (référence à indiquer : **TITREMEDDENT + nom du demandeur**)
- Demande d'autorisation de port d'un titre licite de formation pour le médecin-vétérinaire autorisé à exercer : 75 € (référence à indiquer : **TITREMEDVET + nom du demandeur**)
- Demande d'ouverture d'une clinique vétérinaire : 450 € (référence à indiquer : **CLINVET + nom du demandeur**)

Profession de pharmacien :

- Demande d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien : 450 € (référence à indiquer : **AUTOPHARM + nom du demandeur**)
- Demande d'obtention d'une concession de pharmacie : 75 € (référence à indiquer : **CONCESSPHARM + nom du demandeur**)

Profession de santé :

- Demande d'autorisation d'exercer : 75 € (référence à indiquer : **AUTOPROFSANTE + nom du demandeur**)

2. Procédure

Les taxes ci-dessus sont à verser à l'**Administration de l'Enregistrement et des Domaines**, sur le compte bancaire : **IBAN LU13 1111 0011 4679 0000** Chèques Postaux, L-1010 Luxembourg (Code Swift : **CCPLLULL**)

Les demandes ci-dessus sont obligatoirement à compléter par quittance (avis de débit) du virement ou du versement de l'Instance financière/bancaire et à adresser au

Ministère de la Santé
1, rue Charles Darwin
L-1433 Luxembourg

En cas de perte des autorisations ci-dessus, l'établissement d'un uplicata est subordonné au versement d'une taxe de 10 € (référence à indiquer : **DUPLICATA + indication initiale + nom du demandeur**).

Notes importantes :

- **Veillez noter que pour des raisons administratives nous ne pouvons pas accepter de chèques !**
- **Il est obligatoire d'indiquer clairement la référence et le nom du demandeur.**
- **Aucune demande ne sera traitée avant le versement/virement de la taxe afférente. Une décision de refus ne donne pas droit au remboursement de la taxe.**



Gesetzesänderungen in Kraft seit dem 1. Januar 2015

Neue Voraussetzungen für die Anträge zur Ausübung medizinischer und Gesundheitsberufe, des Apothekerberufs, für das Führen einer Ausbildungsbezeichnung, für die Eröffnung einer Tierklinik und den Erhalt einer Konzession zum Betrieb einer Apotheke.

Seit dem 1. Januar 2015 wird auf alle nachfolgend aufgezählten an das Gesundheitsministerium gerichteten Anträge eine im Voraus zu zahlende Gebühr erhoben wie folgt:

(Gesetz vom 19 Dezember 2014 betreffend die Umsetzung des Zukunftspakets – erster Teil 2015)

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2014/0257/2014A5472A.html?highlight=paquet%22avenir>

1. Genehmigung und Gebühr:

Medizinische Berufe:

- Antrag auf Zulassung als Allgemeinarzt oder Facharzt: 450 € (anzugebender Betreff: **AUTOMED + Name des Antragstellers**)
- Antrag auf Zulassung Zahnarzt oder Fachzahnarzt: 450 € (anzugebender Betreff: **AUTOMEDDENT + Name des Antragstellers**)
- Antrag auf Zulassung als Tierarzt: 450 € (anzugebender Betreff: **AUTOMEDVET + Name des Antragstellers**)
- Antrag auf Zulassung einer zeitlich befristeten ärztlichen Vertretung: 150 € (anzugebender Betreff: **REPLMED + Name des Antragstellers**)
- Antrag auf Zulassung einer zeitlich befristeten zahnärztlichen Vertretung: 150 € (anzugebender Betreff: **REPLMEDDENT + Name des Antragstellers**)
- Antrag auf Zulassung des Führens einer Ausbildungsbezeichnung als zugelassener Arzt: 75 € (anzugebender Betreff: **TITREMED + Name des Antragsstellers**)
- Antrag auf Zulassung des Führens einer Ausbildungsbezeichnung als zugelassener Zahnarzt: 75 € (anzugebender Betreff: **TITREMEDDENT + Name des Antragsstellers**)
- Antrag auf Zulassung des Führens einer Ausbildungsbezeichnung als zugelassener Tierarzt: 75 € (anzugebender Betreff: **TITREMEDVET + Name des Antragsstellers**)
- Antrag auf Eröffnung einer Tierklinik: 450 € (anzugebender Betreff: **CLINVET + Name des Antragstellers**)

Beruf des Apothekers

- Antrag auf Zulassung zum Beruf des Apothekers: 450 € (anzugebender Betreff: **AUTOPHARM + Name des Antragstellers**)
- Antrag auf Erteilung einer Konzession zum Betrieb einer Apotheke: 75 € (anzugebender Betreff: **CONCESSPHARM + Name des Antragstellers**)

Gesundheitsberufe:

- Antrag auf Berufsausübung: 75 € (anzugebender Betreff: **AUTOPROFSANTE + Name des Antragstellers**)

2. Verfahren

Die oben genannten Gebühren sind auf das Konto der **Administration de l'Enregistrement et des Domaines** zu überweisen:

IBAN LU13 1111 0011 4679 0000

Chèques Postaux, L-1010 Luxembourg (Swift code: **CCPLLULL**)

Dem Antrag ist der Beleg (Lastschrift) der Überweisung oder der Einzahlung beizufügen und er ist an folgende Anschrift zu senden:

**Ministère de la Santé
1, rue Charles Darwin
L-1433 Luxembourg**

Gegen Zahlung einer Gebühr von 10 € kann im Falle des Verlust einer der oben genannten ausgestellten Genehmigungen, ein Duplikat ausgestellt werden (anzugebender Betreff: **DUPLICATA + Originalreferenz + Name des Antragstellers**).

Wichtige Hinweise:

- **Bitte beachten Sie, dass wir aus verwaltungsorganisatorischen Gründen keine Schecks akzeptieren können.**
- **Der Betreff und der Name des Antragstellers sind zwingend anzugeben.**
- **Die Anträge werden nicht bearbeitet bevor nicht die Überweisung bzw. Einzahlung erfolgt ist.**
- **Die Ablehnung des Antrages gibt keinen Anspruch auf Erstattung der Gebühr.**