

Name / Name Vorname / First name
Nummer / number Straße / street
PLZ / postal code Ortschaft / town
Telefonnummer / phone number + -
Sozialversicherungsnummer / social security number _ _ _ _ _

CNS
Contrôle Médical
A l'attention du Directeur Dr. Gérard Holbach
L-2980 Luxembourg

Luxemburg, den
Luxembourg, the ___ / ___ / 202__

Betrifft: Antrag zwecks Begleitperson
Concern : Application for an accompanying person

Geehrter Herr Direktor,
Dear Sir,

anhand dieses Antrages, erbitte ich die Genehmigung einer Begleitperson,
based on this application form, I hereby ask for the permission of an accompanying person

Name der Begleitperson

Name of the accompanying person

zu meinem kontrollärztlichen Termin am ___ / ___ / 202__ um ___ : ___ Uhr

to my appointment taking place the ___ / ___ / 202__ at ___ : ___

bei Dr.

with Dr.

Dies aus folgendem Grund / folgenden Gründen:

Due to the following reason(s):

Δ Sprachliche Barriere (meine Muttersprache:)

Δ *Language barrier* (*my mother tongue:*)

Δ Medizinische Gründe:

Δ *Medical reasons:*

Eingeschränkte Mobilität

Reduced mobility

Um eine bestmögliche Verständigung zu gewährleisten (Unterstützung der Mitwirkungsfähigkeit)

In terms to guarantee the best possible understanding (guarantee the possibility to participate, guarantee the empowerment)

Unterstützung zwecks bestmöglicher Verarbeitung der Belastungssituation

Support and assistance during a stressful situation

In der Hoffnung, dass meine Anfrage eine positive Antwort erfahren wird, verbleibe ich,
Hochachtungsvoll,

Sofern Sie mir eine Begleitung aus den oben genannten Gründen nicht gestatten, bitte ich Sie
mir eine rekursfähige Entscheidung zukommen zu lassen.

In hope that my demand will receive a positive answer, I remain with kind regards,

Unterschrift

Signature _____