

FORMULAIRE MEDICAL

Au : Service Medical



Rue des Hirondelles 2 - 1000 Bruxelles
Tél. +32 2 290 64 11 - Fax +32 2 290 65 29

à compléter par le médecin

Les formulaires mal complétés retardent le traitement.

C'est l'assuré qui vous demande de compléter le formulaire.

Nous vous prions de bien vouloir remettre le document dûment complété et collé à l'assuré. Merci.

N° de dossier : Nom + prénom du malade :
N° de police : Rue :
Domicile :
Nom + prénom du voyageur :
Rue :
Domicile :

Concerne le voyageur :

1. Date à partir de laquelle l'impossibilité de voyager existait ou existe : / /
2. Cause de l'annulation : Maladie Accident

Concerne le patient :

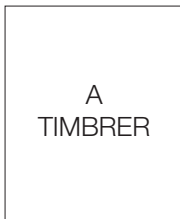
3. Description précise du diagnostic qui est la cause de l'annulation :
.....
 - Examens effectués :
 - La nature du traitement :
 - Le type des médicaments :
 - Durée et fréquence :
 - Date à laquelle le patient a demandé pour la première fois des soins : / /
 - Date de la dernière consultation : / /
4. Les activités doivent-elles être interrompues ?
 Non Oui : du / / au / /
5. Le patient a-t-il dû être hospitalisé ?
 Non Oui : du / / au / /
6. Le patient a-t-il dans le passé déjà été en traitement pour la maladie/accident qui est maintenant la cause de l'annulation ?
 Non Oui : du / /
Si oui, la maladie/accident était-elle stabilisée et depuis quand ?
 Non Oui : du / /
S'agit-il dans le présent cas d'une rechute ou d'une complication ?
 Non Oui : du / / au / /
- 7 Antécédents
 - Médicaux :
 - Chirurgicaux :
8. En cas de grossesse : date d'accouchement probable : / /
9. Mentions spéciales :

Date : / /

Cachet :

Signature :

EXPEDITEUR : (Cachet)



SECRET
MEDICAL

AU SERVICE MEDICAL



Rue des Hirondelles 2

1000 BRUXELLES