



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Dossier N°:

Conformément aux clauses de votre contrat et suite à votre annulation, nous vous prions de faire remplir le questionnaire ci-dessous par une autorité médicale compétente, et de le retourner dûment rempli sous pli confidentiel à l'attention du Docteur Marie-Christine DUERMAEL, Directrice Médicale.

Identification du patient

Nom : Prénom :

Éléments Médicaux

Quels sont les antécédents médicaux du patient :

.....

Quel est son traitement habituel :

.....

Concernant la maladie en cause

Nature de l'affection :

Date de la première manifestation :

Date à laquelle la contre-indication de voyage s'imposait :

Quel traitement a été prescrit :

.....

Date du diagnostic :

Hospitalisation du au

Arrêt de travail du au

Traitement en cours :

Examens prescrits :

.....

.....

CACHET DU MEDECIN TRAITANT

Date et signature