**Medisch Formulier**

* **Met betrekking tot de Verzekerde :**

Naam : Voornaam:

Prénom :

1. Reden annulering : O Ziekte O Ongeval

* **Met betrekking tot de patiënt :**

Naam : Voornaam: Geboortedatum : …… / …… / ……

Prénom :

**Diagnose :**

**Nauwkeurige omschrijving van de diagnose, reden van de annulering :**

- Datum laatste consult : …… / …… / ……

- Eerste datum waarop de patiënt zorg heeft aangevraagd voor deze aandoening : …… / …… / ……

- Soort medicatie :

- Soort verzorging :

- Uitgevoerde onderzoeken :

- Duur en frequentie :

**Verlaten van de woning :**

O Toegelaten O Ingegaan op …… / …… / …… tot …… / …… / ……

**Dienen de activiteiten stilgelegd te worden ?**

O Neen O Ja, vanaf …… / …… / …… tot …… / …… / ……

**Diende de patiënt in het ziekenhuis opgenomen te worden ?**

O Neen O Ja, vanaf ……/ …… / …… tot …… / …… / ……

**Was de patiënt vroeger reeds in behandeling voor dezelfde aandoening ?**

O Neen O Ja, vanaf …… / …… / …… tot …… / …… / ……

**Medische voorgeschiedenis :**

- Medisch :

- Chirurgisch :

**In geval van zwangerschap :**

- Voorziene bevallingsdatum : …… / …… / ……

**Bijkomende mededelingen :**

Datum : …… / …… / …… Stempel (indien aanwezig, niet verplicht) Handtekening