

DOSSIER MEDICAL

Nom du malade :

Vos Références : IN/__ - _____

AD/__ - _____

Nom de l'assuré :

Votre certificate du :

**A remplir par le médecin
sur la demande du patient et à lui remettre
pour servir et faire valoir ce que de droit**

1- De quelle affection exacte souffre votre patient ?

2- Quelle est la date exacte de découverte de la maladie?

...../...../.....

3- S'agit-il du premier épisode de cette affection ?

Oui Non

4- Depuis quelle date le malade souffrait-il avant de consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) ?

...../...../.....

5- Quel traitement a été prescrit ?

6- Existe-t-il des pathologies associées ?

7- Existe-t-il des pathologies préexistantes ?

8- Le patient a-t-il consulté un autre médecin avant vous pour la même affection ? Oui Non

9- Si oui à quelle date ?

...../...../.....

En vous remerciant par avance,

Veillez agréer, Docteur, l'expression de nos salutations distinguées.

Date, cachet et signature.

Empty box for date, stamp, and signature.

**Document à remplir par le médecin et à
remettre au patient qui pourra l'adresser au Médecin
Conseil de la Compagnie (selon les dispositions de la
Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits
du malade et à la qualité du système de santé)**