

ANNEXE

MEDICAL FILE – Fill in the form

Patient's Name:
Our References:
Insured Person's Name:
Certificate dated:

To be completed by the Doctor and given back to the Patient

- 1-What ailment exactly does your patient suffer from?
 - 2- What was the exact date of the discovery of the illness?...../...../.....
 - 3- Is this the first episode of the illness? Yes No
 - 4- How long has the patient suffered from this illness before consulting a doctor/surgeon?
 - 5- What treatment was prescribed?
 - 6- Are there any associated pathologies?
 - 7- Are there any pre-existing pathologies?
 - 8- Did the patient consult another doctor before you, for the same illness?
 Yes No
- If yes, on what date?/...../.....

Thanking you in advance for your co-operation,

Yours sincerely,

Date, stamp and signature.

**To be filled out by the Doctor and given back to the Patient,
who should address it to the attention of the Doctor of the
Company**

ANNEXE

DOSSIER MEDICAL – Faire remplir

Nom du malade :
Nos Références :
Nom de l'assuré :
Votre certificat du :

**A remplir par le médecin
Sur 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 1er épisode de cette affection ? Oui Non
 - 4- Depuis quelle date le malade souffrait-il avant de consulter un médecin (ou un chirurgien) ?../...../.....
 - 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
- Si oui, à quelle date ?/...../.....

En vous remerciant par avance,

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

Date, cachet et signature

Document à remplir par le médecin et à remettre au patient qui pourra l'adresser au médecin conseil de la compagnie.