



Dossiernummer Agent:

Dossiernummer Inter Partner Assistance:

Louizalaan, 166/1 – 1050 Brussel
Tél : 02/550.05.00 – Fax : 02/550.04.76 – Email claims.ipa@ip-assistance.com

Medisch Formulier

Door de behandelende Geneesheer naar de raads-Geneesheer van Inter Partner Assistance te sturen

• **Met betrekking tot de reiziger :**

Naam :

Voornaam:

1. Datum sedert wanneer de ongeschiktheid tot reizen bestaat : / /
2. Reden annulatie : Ziekte Ongeval

• **Met betrekking tot de patiënt :**

Naam :

Voornaam:

Geboortedatum : / /

Diagnose :

Nauwkeurige omschrijving van de diagnose, reden van de annulatie :

- Uitgevoerde onderzoeken :

- Aard der verzorging :

- Aard van de medicatie :

- Duur en frequentie :

- Eerste datum waarop de patiënt : / /

- Datum laatste consultatie : / /

Verlaten van de woonst :

Toegelaten Verbonden vanaf / / tot / /

Dienen de activiteiten stilgelegd te worden ?

Neen Ja, vanaf / / tot / /

Diende de patiënt gehospitaliseerd te worden ?

Neen Ja, vanaf / / tot / /

Was de patiënt vroeger reeds in behandeling voor dezelfde aandoening ?

Neen Ja, vanaf / / tot / /

Antecedenten :

- Medisch :
- Chirurgisch :

In geval van zwangerschap :

- Voorziene bevallingsdatum : / /

Bijkomende mededelingen :

Datum : / /

Stempel

Handtekening