

FSMA 067380 A

A la demande de l'assuré, ce formulaire est à compléter par le médecin traitant!

Tour-opérateur \_\_\_\_\_

PO/Numéro de dossier \_\_\_\_\_

Intermédiaire de voyages \_\_\_\_\_

Numéro de dossier Protections \_\_\_\_\_

<b>Assuré</b>	Nom & prénom _____
<b>Patient</b>	Nom & prénom _____
	Date de naissance .....   .....   .....
	Lien de parenté avec l'assuré _____

1. Description détaillée de votre diagnostic \_\_\_\_\_

2. A quelle date, les premiers soins ont été demandés ..... | ..... | .....

3. Genre de traitement \_\_\_\_\_

4. Genre des médicaments \_\_\_\_\_

5. Durée et fréquence du traitement et des médicaments \_\_\_\_\_

6. Date de la dernière consultation ..... | ..... | .....

Raison \_\_\_\_\_

7. A quel moment avez-vous déconseillé au voyageur assuré d'entreprendre le voyage planifié? ..... | ..... | .....

Pourquoi? \_\_\_\_\_

8. Les activités, doivent-elles être interrompues?  NON  OUI, du ..... | ..... | ..... au ..... | ..... | .....

9. La sortie, est-elle autorisée?  OUI  NON, du ..... | ..... | ..... au ..... | ..... | .....

10. Le patient, était-il déjà en traitement pour cette affection?  NON  OUI, du ..... | ..... | ..... au ..... | ..... | .....

11. S'agit-il dans le présent cas d'une rechute?  NON  OUI, du ..... | ..... | ..... au ..... | ..... | .....

12. Le patient, a-t'il dû être (est-il) hospitalisé?  NON  OUI, du ..... | ..... | ..... au ..... | ..... | .....

13. Antécédents?

Médicaux \_\_\_\_\_

Chirurgicaux \_\_\_\_\_

14. En cas de grossesse: quelle est la date prévue de l'accouchement? ..... | ..... | .....

15. Autres commentaires: \_\_\_\_\_

Date ..... | ..... | .....

Cachet

Signature

Veuillez renvoyer ce questionnaire sous enveloppe fermée et confidentielle à PROTECTIONS,  
à l'attention du Médecin-conseil, Sleutelplas 6, 1700 Dilbeek, Belgique