HOSPITALISATIEVERZEKERING ***MEDISCH ATTEST***

In te vullen door de behandelend geneesheer en te bezorgen aan de verzekerde

Contract nr. - 088/046 (Fam. 431)

A. IDENTIFICATIE VAN DE VERZEKERDE

NAAM - VOORNAAM: ……geboren op…….

Adres: …….

B. AARD VAN HET SCHADEGEVAL:

☐ ziekte ☐ ongeval ☐ bevalling ☐ zelfmoordpoging

Datum van de 1ste dag hospitalisatie: …….

Datum van de laatste dag hospitalisatie: ……..

Aard van de aandoening of van het trauma :

Is er een chirurgische ingreep gepland? ☐ ja ☐ nee

Aard:……..

RIZIVCODE (s): ……..

C. INLICHTINGEN IN VERBAND MET HET SCHADEGEVAL

Sinds wanneer kent u de betrokkene? ……..

Sinds welke datum behandelt u hem voor deze aandoening of ongeval? …….

Datum waarop zich de eerste symptomen vertoond hebben : ……

Datum van de diagnose en welke? ……

Leed de verzekerde al eerder aan een kwaal, een ziekte, een stofwisselingsstoornis of bestond er overmatig alcoholverbruik die:

- aanleiding had kunnen geven tot de huidige ziekte of het ongeval? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, verduidelijk: …….

- een invloed had kunnen hebben op de evolutie ervan? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, verduidelijk: …….

Werd de betrokkene behandeld door andere artsen dan u: –voor de predisponerende aandoening? ☐ ja ☐ nee

Naam & adres: ……

: -voor de huidige aandoening? ☐ ja ☐ nee

Naam & adres: ……

Gedaan te. op …….

Stempel, Handtekening,