

MEDISCH FORMULIER

Aan : de medische dienst van Allianz Assistance

Koning Albert II-laan 32 - 1000 Brussel
Tel:+32 2 290 64 68**in te vullen door de geneesheer***Onvolledig ingevulde formulieren vertragen de afhandeling.
Het is de verzekerde die U vraagt om dit formulier in te vullen.
Mogen wij U vragen om het formulier na vervollediging dicht-
geplakt aan de verzekerde te overhandigen? Dank u.*

Dossiernummer : Naam + voornaam patiënt :
Polisnummer : Straat :
Woonplaats :
Naam + voornaam reiziger :
Straat :
Woonplaats :

Met betrekking tot de reiziger :

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

Met betrekking tot de patiënt :

3. Nauwkeurige omschrijving van de diagnose die de reden van annulatie is :

- Uitgevoerde onderzoeken :
- Aard van de verzorging :
- Aard van de medicatie :
- Duur en frequentie :
- Datum waarop patiënt het allereerst zorgen aanvraag voor deze aandoening : / /
- Datum laatste consultatie : / /

4. Dienen de activiteiten stilgelegd te worden ?
 Neen Ja : vanaf / / tot en met / /

5. Diende patiënt gehospitaliseerd te worden ?
 Neen Ja : vanaf / / tot en met / /

6. Was patiënt in het verleden reeds in behandeling voor de aandoening die nu de oorzaak is van de annulering ?
 Neen Ja : sinds / /

Zo ja, was de aandoening gestabiliseerd, en sedert wanneer ?

-
- Neen
-
- Ja : sinds / /

Is hier sprake van een recidief of een complicatie ?

-
- Neen
-
- Ja : vanaf / / tot en met / /

7. Antecedenten

- Medisch :
- Chirurgisch :

8. In geval van zwangerschap : normale bevallingsdatum : / /

9. Specifieke mededelingen :

Datum : / /

Stempel :

Handtekening :

AFZENDER : (Stempel)



MEDISCH
GEHEIM

AAN DE MEDISCHE DIENST

Allianz  Assistance

Koning Albert II-laan 32 - 1000 Brussel