

Touropérateur:	PO/numéro de dossier:
Agence de voyages:	Numéro de dossier Protections:

Assuré: Nom & prénom:

Patient: Nom & prénom:

Date de naissance:/...../.....

1. Description détaillée de votre diagnostic:

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

3. Genre de traitement:

4. Genre de 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:

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