

FSMA 067380 A

Dit formulier dient op aanvraag van de verzekerde te worden ingevuld door de behandelende geneesheer!

Touroperator _____ PO/Dossiernummer _____

Reisbemiddelaar _____ Dossiernummer Protections _____

Verzekerde Naam & voornaam _____

Patiënt Naam & voornaam _____

Geboortedatum | |

Relatie tot de verzekerde _____

1. Nauwkeurige omschrijving van uw diagnose _____

2. Wanneer werden de eerste zorgen aangevraagd | |

3. Aard van de verzorging _____

4. Aard van de medicatie _____

5. Duur en frekwentie van verzorging en medicatie _____

6. Datum van de laatste consultatie | |

Reden _____

7. Wanneer heeft U de verzekerde reiziger het ondernemen van de geplande reis afgeraden? | |

Waarom? _____

8. Moeten de activiteiten worden onderbroken? NEE JA, vanaf | | tot | |

9. Is het verlaten van de woonst toegelaten? JA NEE, vanaf | | tot | |

10. Was de patiënt reeds vroeger in behandeling voor deze aandoening? NEE JA, vanaf | | tot | |

11. Betreft het hier een hernieuwde aanval? NEE JA, vanaf | | tot | |

12. Diende (dient) de patiënt gehospitaliseerd te worden NEE JA, vanaf | | tot | |

13. Antecedenten?

Medisch _____

Chirurgisch _____

14. In geval van zwangerschap: welke is de normale bevallingsdatum? | |

15. Andere toelichtingen _____

Datum | |

Stempel

Handtekening

Gelieve deze vragenlijst onder gesloten en vertrouwelijke omslag op te sturen naar PROTECTIONS,
t.a.v. Dhr. Geneesheer-adviseur, Sleutelplas 6, 1700 Dilbeek, België.