

Déclaration du médecin traitant (suite)

4. À quelle date la surveillance quotidienne continue du patient s'avérerait-elle nécessaire? _____ - _____ - _____
 Année Mois Jour

5. Veuillez fournir :

- a) Une copie des résultats des consultations et des tests effectués durant l'investigation de la maladie d'Alzheimer.
- b) Les noms et adresses des autres médecins consultés ou hôpitaux où votre patient s'est présenté pour ce trouble.

- c) Le nom et l'adresse du neurologue qui a confirmé le diagnostic.

6. Y'a-t-il des antécédents familiaux de la maladie d'Alzheimer?

7. Y'a-t-il d'autres antécédents familiaux importants?

- 8. a) Est-ce que votre patient fait usage d'une forme quelconque de tabac, de la cigarette, de cigarillo, de cigare, de la pipe, de la marijuana ou d'un substitut comme de la gomme ou un timbre cutané (patch)? Oui Non
- b) Dans l'affirmative, indiquez la quantité par jour : _____
- c) Depuis combien de temps fait-il usage de ces produits? _____
- d) Dans la négative, a-t-il fait usage de l'un de ces produits auparavant? Oui Non
- e) À quelle date a-t-il cessé? _____ - _____ - _____
 Année Mois Jour

9. Veuillez nous faire connaître toute autre information que vous jugez pertinente à l'étude de cette demande de règlement.

Veillez fournir une copie de vos notes de consultation, des comptes rendus des spécialistes ou des hôpitaux, des radiographies récentes, des rapports de tests et d'investigations, des données de laboratoire et des résultats cliniques.

Notre contrat exige que le diagnostic d'une maladie couverte soit posé par un médecin qui n'est pas un parent de l'assuré, ni en relation d'affaires avec cet assuré. Êtes-vous un parent ou en relation d'affaires avec cet assuré? Oui Non

 Signature du médecin traitant

 Date

 Nom et n° de permis (en lettres majuscules)

 Adresse

(LE RÉCLAMANT EST RESPONSABLE DES HONORAIRES REQUIS POUR CE RAPPORT)