

DEMANDE DE PRESTATION POUR MALADIE GRAVE

Déclaration du médecin traitant

Sclérose en plaques

Identification de la personne assurée

Nom et _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
adresse de _____	Date de naissance : _____ Année Mois Jour
l'assuré _____ Code postal _____	N° de contrat : _____
Tél. : (____) _____ Résidence	Profession/occupation : _____
Tél. : (____) _____ Travail	
J'autorise les médecins et les hôpitaux à fournir tous les renseignements se rapportant à cette demande de prestation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.	
_____ Signature de la personne assurée	_____ Date

Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules)

1. a) À quelle date votre patient vous a-t-il présenté des symptômes pour la première fois? Quels étaient ces symptômes?
Date _____
Année Mois Jour

- b) À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois relativement à cet état de santé?

Année Mois Jour
- c) Depuis quand l'assuré est-il votre patient? _____
Année Mois Jour
2. Veuillez donner les grandes lignes de l'évolution clinique et décrire brièvement les troubles et symptômes neurologiques du patient, en indiquant les dates et durées des épisodes.

3. À quelle date le diagnostic d'une éventuelle sclérose en plaques a-t-il fait l'objet d'une première discussion avec le patient?

Année Mois Jour

(verso)

