

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT – VEUILLEZ NOTER QUE LE DEMANDEUR EST RESPONSABLE D'ACQUITTER TOUS FRAIS EXIGÉS POUR CES RENSEIGNEMENTS

VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES DATES SELON LE FORMAT JOUR / MOIS / ANNÉE

AFIN DE FACILITER L'ÉVALUATION DE CETTE DEMANDE, VEUILLEZ JOINDRE TOUS LES DOSSIERS D'HÔPITAL, LES RÉSULTATS D'EXAMENS, LES NOTES DE CONSULTATION ET LES RAPPORTS DE TOUT SPÉCIALISTE CONCERNANT CETTE AFFECTION.

Prénom du patient :	Nom de famille du patient :	Date de naissance :
Diagnostic :		
Depuis combien de temps l'assuré est-il votre patient ?		
Date à laquelle les symptômes sont apparus pour la première fois :	Date exacte du diagnostic:	
Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection semblable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, veuillez préciser :		
Le patient a-t-il subi une intervention chirurgicale / opération / procédure ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, veuillez préciser :		
Avez-vous joint tous les dossiers d'hôpital, les résultats d'examens, les notes de consultation et les rapports de tout spécialiste concernant cette affection ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le patient a-t-il été hospitalisé ?	Durée du séjour à l'hôpital : Du : Au :	
Nom de l'hôpital :		

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie s.v.p.) :		Spécialité :
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
No de téléphone : ()	No de télécopieur : ()	
Adresse électronique :		

Signature du demandeur

Date