

certificat médical

Numéro de police

A retourner à:
Ethias - Siège pour la Flandre
Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt
Tél. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20
SERVICE 2172

1) Nom, prénom du médecin traitant
(en CARACTERES MAJUSCULES, s.v.p.)
Adresse

2) Nom, prénom de la victime
(en CARACTERES MAJUSCULES, s.v.p.)
Adresse

3) Date de l'accident . .

4) Date et heure du premier examen médical . . heure

5) Lésions (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes)

6) Où la victime est-elle soignée?

7) La victime peut-elle se déplacer? Oui Non

8) Durée probable du traitement

9) Conséquences probables de l'accident?
.....
.....
.....

10) Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté ci-contre (n° 6)?

11) Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) qui peut faire craindre des complications?

Lesquelles?

12) a. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Oui Non
Laquelle?

Dans quel établissement et par quel chirurgien?

b. Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite? Oui Non
Par quel radiologue

c. Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste? Oui Non

13) Observations

.....
.....

NB: Ethias intervient dans le coût des soins au-delà des prestations légales de la mutualité et marque à l'avance son accord sur tout traitement spécial (kinésithérapie et physiothérapie) qui aura été approuvé par le médecin conseil de la mutualité.

Fait à le

Signature