

certificat médical

Numéro de police **4 5 1 0 3 2 4 2**

A retourner à:
Ethias - Siège pour la Flandre
Prins-Bisschopssingel 73, B-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 _____