

certificato medico



Numero di polizza **4 5 1 0 3 2 4 2**

Transmetta prego a:
Ethias - Sede per la Fiandre
Prins-Bisschopssingel 73, B-3500 Hasselt
Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20
SERVIZIO 2172

1) Cognome, nome del medico rispettivo _____
(in caratteri di maiuscolo)
Indirizzo

2) Cognome, nome della vittima _____
(in caratteri di maiuscolo)
Indirizzo

3) Data dell'incidente _____

4) Data e ora della prima ricerca medicale _____ ora

5) Ferite (indicare il genere degli infortuni, le parti toccate del corpo)

6) Dove è stata presa cura della vittima?

7) La vittima puo' muoversi? si no

8) Durata probabile del trattamento

9) Seguiti probabili dell'incidente?

10) Si puo' credere che la ferita notata possa essere causata dal incidente successo (numero 6)?

11) Bisogna considerare uno stato anteriore (mancanze, malattie, ...) che potrebbe dare altre complicazioni?

 Si, come?

12) a. È stata successa un' intervento chirurgicale? si no
 Si, come?

 In che istituto e da che chirurgo?

 b. È stata fatta una radiografia di diagnosi o di controllo? si no
 Da che radiologo

 c. Desiderate un'intervenzione di un specialista? si no

13) Rimarche

NB: Ethias interviene nei costi dell'assistenza che soprapassano le prestazioni legali della mutualità e si presente d'accordo per ogni trattamento particolare approvato dal medico di consiglio della mutualità.

Fatto _____
Firma _____

VKSM Attest Italiams/Ecosec • 11/05