

Questionnaire médical

Ce questionnaire doit être remis à votre médecin traitant suite à une **annulation pour maladie, accident ou grossesse**

Nom	Date de naissance
Diagnostic	
Date d'apparition des premiers symptômes	
Date de la première consultation	
Date de l'accident	
Quel traitement a été prescrit?	
Au moment de la réservation, le patient était-il en mesure de voyager? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
À compter de quelle date le patient était-il en incapacité de voyager	
Incapacité à voyager du	au
À quelle date le patient vous a-t-il informé de son voyage?	
À quelle date le patient a-t-il informé de son incapacité à voyager?	
Une hospitalisation était-elle nécessaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date?	
Une opération a-t-elle été nécessaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date?	
A quelle date le patient a-t-il été informé de l'opération?	
En cas de grossesse, à quelle date a-t-elle été constatée?	
En cas de maladie préexistante, depuis quand le patient est il en traitement?	
À quand remonte la dernière consultation relative à cette pathologie?	
Remarques importantes concernant la décision de l'annulation (p.ex. aggravation imprévue de l'état de santé)	
Lieu, Date	Signature et tampon du médecin

Nous nous réservons le droit de vérifier ces données avec le service médical d'Europ Assistance