

VAB-Annulatieverzekering | Medisch Formulier



IN TE VULLEN DOOR DE GENEESHEER Gelieve dit formulier voor onze verzekerde in te vullen en het hem/haar, eventueel onder gesloten omslag, te overhandigen. Onvolledig ingevulde formulieren vertragen de afhandeling. Een controlegeneesheer kan altijd aangesteld worden.

Polisnr. _____

Schadedossierr. _____

Naam patiënt _____ **Voornaam** _____

Geboortedatum ____/____/____

Naam reiziger _____ **Voornaam** _____

1. Datum eerste symptomen bij ziekte of datum ongeval ____/____/____

2. Reden van annulatie ziekte ongeval overlijden

3. Nauwkeurige omschrijving van de diagnose die de reden van annulatie is _____

Betreft het hier psychische, psychosomatische of zenuwstoornissen? Neen Ja

Betreft het een chronische ziekte? Neen Ja, behandeling van ____/____/____ t.e.m. ____/____/____

4. Uitgevoerde onderzoeken _____

Aard van de verzorging _____

Aard van de medicatie _____

Duur en frequentie _____

Datum waarop patiënt het allereerst zorgen aanvraag voor deze aandoening ____/____/____

Datum laatste consultatie ____/____/____

5. Moeten de activiteiten gestopt worden? Neen Ja, van ____/____/____ t.e.m. ____/____/____

6. Werd de patiënt gehospitaliseerd? Neen Ja, van ____/____/____ t.e.m. ____/____/____

7. Was patiënt vroeger reeds in behandeling voor dezelfde aandoening? Neen Ja, van ____/____/____ t.e.m. ____/____/____

Was de aandoening gestabiliseerd? Neen Ja, sinds ____/____/____

Is hier sprake van een recidief of een complicatie? Neen Ja, van ____/____/____ t.e.m. ____/____/____

8. Antecedenten: *Medisch* _____

Chirurgisch _____

9. In geval van zwangerschap: voorziene bevallingsdatum ____/____/____

10. Specifieke mededelingen _____

Opgesteld te _____ **op** ____/____/____

Ik geef hierbij mijn toestemming aan VAB voor het gebruiken van mijn gezondheidsgegevens in het kader van de behandeling van mijn dossier.

Stempel

Handtekening