



Polisnummer

Door de behandelende geneesheer naar de raadsgeneesheer van
Inter Partner Assistance te sturen:

Louizalaan, 166/1 – 1050 Brussel – -claims@sunassistance.com

Tel : + 32 (0)2/642.45.48 – Fax : +32 (0)2/550.04.76

De reiziger

Naam _____ Voornaam _____

De patiënt

Naam _____ Voornaam _____

Geboortedatum ____ / ____ / ____

Datum sedert wanneer de ongeschiktheid tot reizen bestaat ____ / ____ / ____

Reden annulatie Ziekte Ongeval

Nauwkeurige omschrijving van de diagnose, reden van de annulatie

Diagnose

Uitgevoerd(e) onderzoeken

Aard van de verzorging

Aard van de medicatie

Duur en frequentie

Datum waarop de patiënt zijn eerste zorgen voor de aandoening heeft ontvangen

____ / ____ / ____

Datum laatste consultatie ____ / ____ / ____

Verlaten van de woonst

Toegelaten Verboden vanaf ____ / ____ / ____ tot ____ / ____ / ____

Dienen de activiteiten stilgelegd te worden ?

Neen Ja vanaf ____ / ____ / ____ tot ____ / ____ / ____

Diende de patiënt gehospitaliseerd te worden ?

Neen Ja vanaf ____ / ____ / ____ tot ____ / ____ / ____

Was de patiënt vroeger reeds in behandeling voor dezelfde aandoening ?

Neen Ja vanaf ____ / ____ / ____ tot ____ / ____ / ____

Antecedenten

In geval van zwangerschap

Voorziene bevallingsdatum ____ / ____ / ____

Bijkomende mededelingen

Datum : ____ / ____ / ____

Stempel

Handtekening
