



Nom:	
Prénom:	
Rue:	
NPA Lieu:	
Date de naissance:	
Numéro de partenaire:	

1. Diagnostics? (accidents et séquelles d'accidents inclus) Poids / Taille:	
2. Quand a eu lieu le premier traitement chez vous?	
3. Genre de traitement?	
4. S'agit-il de séquelles d'un accident? ■ Si oui, date de l'accident?	
5. Une guérison a-t-elle été obtenue? ■ si oui, fin du traitement?	
6. Y a-t-il des risques de rechute?	
7. L'apparition de conséquences tardives est-elle possible?	
8. Durée probable du traitement actuel?	
9. Faut-il s'attendre dans un avenir proche à ■ un traitement en milieu hospitalier? ■ un séjour de cure ? ■ une incapacité de travail ?	

Date:

Timbre et signature du médecin: