

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

<p>1. Diagnostics? (accidents et séquelles d'accidents inclus)</p> <p>Poids / Taille:</p>	
2. Quand a eu lieu le premier traitement chez vous?	
3. Genre de traitement?	
<p>4. S'agit-il de séquelles d'un accident?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Si oui, date de l'accident?</li> </ul>	
<p>5. Une guérison a-t-elle été obtenue?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ si oui, fin du traitement?</li> </ul>	
6. Y a-t-il des risques de rechute?	
7. L'apparition de conséquences tardives est-elle possible?	
8. Durée probable du traitement actuel?	
<p>9. Faut-il s'attendre dans un avenir proche à</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ un traitement en milieu hospitalier?</li> <li>■ un séjour de cure ?</li> <li>■ une incapacité de travail ?</li> </ul>	

Date:

Timbre et signature du médecin: