

## MEDISCH VERSLAG ZIEKTE / ONGEVAL

(IN TE VULLEN DOOR DE MEDISCHE ZORGVERLENER - GELIEVE HOOFDLETTERS TE GEBRUIKEN)

Polisnummer .....

### INFORMATIE OVER DE VERZEKERDE PATIËNT

Voornaam ..... Familiennaam .....

Adres .....

Postcode ..... Stad ..... Land .....

Geboortedatum (dd/mm/jjjj) ..... Geslacht M V

Mobiel\* ..... E-mail .....

*\*graag incl. landcode*

### GEGEVENS VAN DE ARTS EN INFORMATIE OVER DE BEHANDELING

Naam van de Arts .....

Adres .....

Postcode ..... Stad ..... Land .....

Mobiel\* ..... E-mail .....

Welke datum was de patiënt voor het eerst op de hoogte van de symptomen/aandoening? (dd/mm/jjjj)

Eerste symptomen .....

Diagnose .....

Heeft de patiënt eerder dezelfde klachten gehad?

Nee Ja, wanneer (de laatste keer) .....

Korte beschrijving van de reeds gegeven behandeling .....

Reden voor verwijzing voor een specialistische behandeling .....

### IN GEVAL VAN ZIEKENHUISOPNAME

Datum van opname (dd/mm/jjjj) ..... Verwachte datum van ontslag .....

Naam en adres van **het ziekenhuis** .....

Mobiel\* ..... E-mail .....

**Ik verklaar dat ik de arts van de patiënt ben en dat de opgegeven informatie, waar en correct zijn, voor zover de info waarover ik beschik.**

Datum ..... Handtekening ..... Stempel .....

**De slimme verzekeringen voor wereldburgers.**