

# 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 behandelende geneesheer**