

Signature du réclamant: _____

En date du: _____
(JJ/MMM/AAAA)

Part B – Déclaration du médecin traitant (en lettres moulées)

Ce formulaire a été simplifié pour votre convenance. Cependant, si vous souhaitez remplir le formulaire standard approuvé par l'OMHA, veuillez demander à votre patient d'aviser la Société.

Nom du patient : _____
Nom de famille du réclamant Prénom du réclamant

1. Diagnostic ainsi que les complications (dans le cas d'une fracture, spécifier l'os et démontrer qu'il a été traité ou non).

2. Date de la première consultation pour cet état: _____ Les soins médicaux ont terminé le: _____
(JJ/MMM/AAAA)

3. Veuillez inscrire le nom du médecin qui vous a référé :

Le patient a-t-il déjà été soigné pour cet état ou un état semblable? Oui Non

Si « Oui » inscrivez la date: _____
(JJ/MMM/AAAA)

4. Si hospitalisé en raison de cette condition veuillez préciser les dates suivantes: Date d'admission: _____
(JJ/MMM/AAAA)
Date de décharge: _____
(JJ/MMM/AAAA)

5. Si la condition nécessitait une chirurgie en consultation externe, précisez le type de chirurgie:

6. Quand après avoir quitté l'hôpital, le patient aurait pu sortir sans aide afin d'effectuer des courses et rendre des visites etc.?

(JJ/MMM/AAAA)

Nom du médecin traitant: _____
(Nom de famille) (Prénom)

Signature du médecin traitant: _____ Date: _____
(JJ/MMM/AAAA)

Adresse du médecin: _____

A FAIRE COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN TRAITANT