

MEDICAL FILE QUESTIONNAIRE MEDICAL

TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER / A REMPLIR PAR L'ASSURÉ

POLICY HOLDER / SOUSCRIPTEUR - PATIENT :

N° d'adhésion :

Last Name / Nom :

First Name / Prénom :

Email :

Date of Birth / Date de naissance (d/j - m - y/a)

Sex / Sexe :

TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR / À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

1- What ailment exactly does your patient suffer from? De quelle maladie souffre le patient?

2- What was the exact date of the discovery of the illness? Quelle est la date exacte de diagnostic de cette maladie ?/...../.....

3- Is this the first episode of the illness? S'agit il de la première manifestation de cette maladie ?

4- How long has the patient suffered from this illness before consulting a doctor/surgeon? Combien de temps le patient a t il attendu pour consulter ?

5- Are there any associated pathologies? Existe t il des pathologies associées à la maladie ?

6- Are there any pre-existing pathologies? Le patient souffre t il d'une autre pathologie préexistante

**THIS FORM, DULY COMPLETED AND SIGNED SHOULD BE
RETURNED TO / CE DOCUMENT DOIT ETRE RETOURNÉ SIGNÉ ET
COMPLÉTÉ :**



MAI / Chapka Assurances

Medical Administrators International
37 rue Anatole France
92532 Levallois Perret Cedex
Tel : + 33 (0)1 77 68 01 76

You can also send this form by scan and email to :
Vous pouvez également retourner le document scanné par email :

chapka@medical-administrators.com

DOCTOR SIGNATURE / SIGNATURE DU MÉDECIN:

Date: