



# 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. \_\_\_\_\_

Schadedossiernr. \_\_\_\_\_

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 patient 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