



IN TE VULLEN DOOR DE GENEESHEER
Gelieve dit formulier voor onze verzekerde in te vullen en het hem, eventueel onder gesloten omslag, te overhandigen.
Onvolledig ingevulde formulieren vertragen de afhandeling. Een controlegeneesheer kan altijd aangesteld worden.

VAB-Reisbijstand Medisch Formulier

Polisnummer

Schadedossiernummer

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 tot en met

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:

• Datum tegenindicatie (Datum waarop werd vastgesteld dat de reis niet mag worden ondernomen)

Neen Ja, sinds

5. Moeten de activiteiten gestopt worden?

Neen Ja van tot en met

6. Werd de patiënt gehospitaliseerd?

Neen Ja van tot en met

7. • Was patiënt vroeger reeds in behandeling voor dezelfde aandoening?

Neen Ja van tot en met

• Was de aandoening gestabiliseerd?

Neen Ja sinds

• Is hier sprake van een recidief of een complicatie?

Neen Ja van tot en met

8. Antecedenten

• Medisch:

• Chirurgisch:

9. In geval van zwangerschap: voorziene bevallingsdatum: / /

10. Specifieke mededelingen:

Opgesteld te _____ op / /

Stempel

Handtekening