



## DOSSIER MEDICAL

**Nom du malade:**  
**Nos Références :**  
**Nom de l'assuré :**  
**Votre certificat du :**

**A remplir par le médecin  
sur demande du patient et à lui remettre  
pour servir et faire valoir ce que de droit**

- 1- De quelle affection exacte souffre votre patient ?
  - 2- Quelle est la date exacte de découverte de la maladie ?...../...../.....
  - 3- S'agit-il du 1er épisode de cette affection ?            Oui            Non
  - 4- Depuis quelle date le malade souffrait-il avant de consulter un médecin (ou un chirurgien)?...../...../.....
  - 5- Quel traitement a été prescrit ?
  - 6- Existe-t-il des pathologies associées ?
  - 7- Existe-t-il des pathologies préexistantes ?
  - 8- Le patient a-t-il consulté un autre médecin avant vous pour la même affection ?  

Oui            Non
- Si oui, à quelle date ? ...../...../.....

En vous remerciant par avance,

Veillez agréer, Docteur, l'expression de nos salutations distinguées.

**Date, cachet et signature**

**Document à remplir par le médecin et à  
remettre au patient qui pourra l'adresser au  
médecin conseil de la compagnie.**