

Nom et prénom de l'assuré _____

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de naissance

Numéro de contrat/proposition

1. a) Quelle est la nature des troubles du dos ou du cou ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arthrose/ostéoarthrite | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Trouble du nerf sciatique |
| <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Névralgie d'Arnold | <input type="checkbox"/> Spondylarthrite ankylosante |
| <input type="checkbox"/> Dégénérescence discale | <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Scoliose, lordose |
| <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Torticolis (Whiplash) | <input type="checkbox"/> Entorse |
| <input type="checkbox"/> Autre précisez : _____ | | |

b) Quelle est la partie touchée (cou, haut du dos, milieu du dos, bas du dos, coccyx) ?

Condition	Localisation	Date des premiers symptômes
		A A A A M M
		A A A A M M
		A A A A M M

2. Y a-t-il une cause connue ? Oui Non

Si oui, précisez :

Condition	Cause
	<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pratique de sports <input type="checkbox"/> Mouvement répétitif <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
	<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pratique de sports <input type="checkbox"/> Mouvement répétitif <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
	<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pratique de sports <input type="checkbox"/> Mouvement répétitif <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

3. Avez-vous ou prévoyez-vous consulter des médecins ou des thérapeutes pour l'une des conditions mentionnées ci-haut ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :

Condition : _____

Nom et spécialité : _____

Adresse : _____

Date de la première consultation : | A | A | A | A | M | M | _____

Date de la dernière consultation : | A | A | A | A | M | M | Résultats : _____

Fréquence des consultations : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 par Semaine Mois Année

Date de la prochaine consultation : | A | A | A | A | M | M | Pas d'autre consultation à venir

3. Avez-vous ou prévoyez-vous consulter des médecins ou des thérapeutes pour l'une des conditions mentionnées ci-haut ? (suite)

Condition : _____

Nom et spécialité : _____

Adresse : _____

Date de la première consultation : [A | A | A | A | M | M] _____

Date de la dernière consultation : [A | A | A | A | M | M] Résultats : _____

Fréquence des consultations : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 par Semaine Mois Année

Date de la prochaine consultation : [A | A | A | A | M | M] Pas d'autre consultation à venir

Condition : _____

Nom et spécialité : _____

Adresse : _____

Date de la première consultation : [A | A | A | A | M | M] _____

Date de la dernière consultation : [A | A | A | A | M | M] Résultats : _____

Fréquence des consultations : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 par Semaine Mois Année

Date de la prochaine consultation : [A | A | A | A | M | M] Pas d'autre consultation à venir

4. Des tests ou des examens ont-ils été faits ? Oui Non

Si oui, précisez :

Tests/examens	Condition	Résultats	Date
<input type="checkbox"/> IRM			[A A A A M M]
<input type="checkbox"/> Radiographie (Rayon X)			[A A A A M M]
<input type="checkbox"/> Scan			[A A A A M M]
<input type="checkbox"/> Test sanguin			[A A A A M M]
<input type="checkbox"/> Autres : _____			[A A A A M M]

5. Vous a-t-on recommandé des tests, des examens ou des traitements qui n'ont pas encore eu lieu ? Oui Non

Si oui, précisez quelle condition, le type de test, d'examen ou de traitement et la date prévue.

_____ Date : [A | A | A | A | M | M]

_____ Date : [A | A | A | A | M | M]

6. Vous a-t-on prescrit une médication pour l'une des conditions mentionnées ci-haut ? Oui Non

Si oui, précisez :

Condition : _____

Nom du médicament : _____ Dosage : _____

Date de début d'usage : [A | A | A | A | M | M] Date de fin d'usage : [A | A | A | A | M | M] ou Utilise encore

Condition : _____

Nom du médicament : _____ Dosage : _____

Date de début d'usage : [A | A | A | A | M | M] Date de fin d'usage : [A | A | A | A | M | M] ou Utilise encore

Condition : _____

Nom du médicament : _____ Dosage : _____

Date de début d'usage : [A | A | A | A | M | M] Date de fin d'usage : [A | A | A | A | M | M] ou Utilise encore

7. Avez-vous subi ou devez-vous subir une intervention chirurgicale en raison de l'une des conditions mentionnées ci-haut ? Oui Non

Si oui, précisez :

Type d'intervention chirurgicale	Condition	Date
		A A A A M M
		A A A A M M
		A A A A M M

8. Avez-vous des limitations dans les activités de votre vie quotidienne, dans votre travail ou dans vos loisirs en raison de l'une des conditions mentionnées ci-haut ? Oui Non

Si oui, précisez la condition ainsi que les limitations : _____

9. Avez-vous eu des périodes d'arrêt de travail/école en raison de l'une des conditions mentionnées ci-haut ?

Oui Non

Si oui, précisez :

Condition	Date de début	Durée (en semaines)
	A A A A M M	
	A A A A M M	
	A A A A M M	

10. Quel est votre état actuel ?

Précisez :

Condition	État actuel
	<input type="checkbox"/> Complètement rétabli : date des derniers symptômes A A A A M M <input type="checkbox"/> Séquelles : précisez :
	<input type="checkbox"/> Complètement rétabli : date des derniers symptômes A A A A M M <input type="checkbox"/> Séquelles : précisez :
	<input type="checkbox"/> Complètement rétabli : date des derniers symptômes A A A A M M <input type="checkbox"/> Séquelles : précisez :
	<input type="checkbox"/> Complètement rétabli : date des derniers symptômes A A A A M M <input type="checkbox"/> Séquelles : précisez :

11. Informations additionnelles

12. Déclaration

Je certifie avoir bien compris toutes les questions ci-dessus et que les réponses données sont véridiques et complètes. De plus, je consens à ce qu'elles fassent partie intégrante du contrat demandé.

X

Signature de l'assuré (signature du père, de la mère ou du tuteur légal si l'assuré est mineur)

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de signature