

Nom, prénom et adresse de l'assuré:

Numéro du dossier:

 

Matricule ou date de naissance:

Année	Mois	Jours	Extension
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quelles sont les plaintes de l'assuré?

Depuis quand?  jours  mois  année

Quelles peuvent être, selon l'assuré, les activités professionnelles et influences nocives qui sont à l'origine de ses plaintes?

Est-ce que l'assuré a déjà consulté un autre médecin à cause de ces plaintes?

oui  non

Si oui, nom et adresse de ce médecin:

Date de la première consultation:

jours  mois  année

Diagnostic (prière de joindre les pièces à l'appui p.ex. analyses sanguines, radiographies, tests cutanés, audiogrammes,...). En cas de plusieurs pathologies, il faut remplir une déclaration par pathologie:

De quelle maladie reproduite au tableau des maladies professionnelles s'agit-il ? No:

Est-ce que cette maladie a sa cause déterminante dans l'activité professionnelle?

oui  non  cause indéterminée

Est-ce que la maladie a nécessité l'abandon définitif de l'activité professionnelle?

oui  non

Est-ce que l'assuré est / a été en arrêt de travail?

oui du  au   
 non

Nom et adresse de(s) entreprise(s) où la maladie a été contractée:

Observations éventuelles (notamment nécessité d'un changement de travail, traitement médical, consultation d'un spécialiste):

Code-médecin

 - 

Nom et adresse du médecin traitant

Lieu, date signature, cachet