

FORMULAIRE MEDICO-SOCIAL

(À DESTINATION DU DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL)

LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS SONT INDISPENSABLES À LA BONNE GESTION DE VOTRE DOSSIER.

VEUILLEZ COMPLÉTER L'ENTIERETÉ DE CE FORMULAIRE **DE FACON LISIBLE**.
VEUILLEZ FAIRE UNE COPIE DE VOTRE DOSSIER MÉDICAL, CLASSÉ PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE.

NOM :	PRENOM :
TELEPHONE :	GSM :
FAX :	E-MAIL :
LIEU DE NAISSANCE :	DATE DE NAISSANCE :
NATIONALITE :	DATE D'ARRIVEE EN BELGIQUE:
DROITIER - GAUCHER	

LANGUE PARLEE : français – autre :

ETAT CIVIL : marié – célibataire – divorcé – veuf – isolé – cohabitant

ANNEE DE NAISSANCE DES ENFANTS :

SCOLARITE :

Primaire : OUI – NON

Humanités inférieures : Humanités complètes :

Enseignement technique :

Enseignement professionnel :

Enseignement supérieur :

Enseignement autre :

Formation professionnelle (p.e. FOREM) :

Diplômes + Certificats :

MALADIES PRESENTEES AUPARAVANT :

.....

Traitement actuel :

OPERATIONS CHIRURGICALES : (Année et nom de l'intervention)

.....

ACCIDENTS (p.e. fracture, etc...) :

Accidents de travail :

.....

Taux d'incapacité permanente :

Autre accident :

.....

Taux d'incapacité permanente :

Quels traitements prenez-vous ? (Nom et posologie).....

FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES :

Taux d'incapacité permanente :

PROFESSIONS :

Dates Année début et fin	Métiers exercés	Employeurs / Secteurs d'activité

ACTIVITES COMPLEMENTAIRES :

Emploi accessoire :
Hobby :
Sport :
Autre :

HABITAT :

Maison – Appartement – Jardin

DATE DE L'ACCIDENT : ... / ... /

VOTRE MEDECIN TRAITANT :

.....
.....

VOTRE AVOCAT :

.....
.....

VOTRE COURTIER D'ASSURANCES :

.....
.....

VOTRE COMPAGNIE PROTECTION JURIDIQUE :

.....
.....

Date : ... / ... /

Signature :

NB : N'oubliez pas de compléter ce document et de faire une copie de votre dossier médical.