

Informations concernant le diagnostic

Concerne:

Personne de contact:

Diagnostic

- ☐ Accident
- ☐ Maladie
- ☐ Infirmité congénitale / Invalidité

Traitement / Intervention chirurgicale

Date, nom du médecin traitant:

Veuillez nous retourner le formulaire dûment rempli.