

## certificat médical



Numéro de police

A retourner à:

Ethias - Siège pour la Flandre  
Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt  
Tél. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20  
**SERVICE 2172**

1) Nom, prénom du médecin traitant	<input type="text"/> (en CARACTERES MAJUSCULES, s.v.p.)
Adresse .....	
2) Nom, prénom de la victime	<input type="text"/> (en CARACTERES MAJUSCULES, s.v.p.)
Adresse .....	
3) Date de l'accident	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
4) Date et heure du premier examen médical	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> heure
5) Lésions (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes) .....	
.....	
.....	
.....	
6) Où la victime est-elle soignée? .....	
7) La victime peut-elle se déplacer?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
8) Durée probable du traitement .....	
9) Conséquences probables de l'accident? .....	
.....	
.....	
.....	
10) Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté ci-contre (n° 6)? .....	
11) Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) qui peut faire craindre des complications? .....	
Lesquelles? .....	
.....	
12) a. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Laquelle? .....	
Dans quel établissement et par quel chirurgien? .....	
b. Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Par quel radiologue .....	
c. Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
13) Observations .....	
.....	
.....	
.....	

**NB: Ethias intervient dans le coût des soins au-delà des prestations légales de la mutualité et marque à l'avance son accord sur tout traitement spécial (kinésithérapie et physiothérapie) qui aura été approuvé par le médecin conseil de la mutualité.**

Fait à ..... le .....

Signature