

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier
A renvoyer sous pli fermé au médecin chargé de la surveillance médicale de l'établissement

Nom : Prénom :
Né(e) le : Domicilié(e) à :
Ancienne profession : Médecin traitant habituel :

Où se trouve le patient actuellement ?
Depuis quand ?
Pourquoi ?

Motif de la demande :

Antécédents personnels et hospitalisations, Allergies :
(merci de joindre une copie des lettres de sorties)

Diagnostics actuels :

✂ ✂ ✂ ✂ A détacher ✂ ✂ ✂

CERTIFICAT MEDICAL

Le médecin soussigné certifie que Madame / Mademoiselle / Monsieur

Né(e) le Domicilié(e) à

a été traité(e) ambulatoirement /hospitalisé(e) à

Du au et que son état de santé nécessite un séjour hospitalier à dès le

Assurance [] maladie Il s'agit d'une suite de traitement [] de brève durée
[] accident [] de durée prolongée
(en provenance uniquement de l'HC)

Il s'agit d'un cas relevant de 1) l'assurance - invalidité (AI) []
2) l'assurance spéciale SVK []
(Fédération suisse des tâches communes des caisses-maladie)

Date Timbre et signature du médecin