


# QUESTIONNAIRE MEDICAL

Référence du dossier : **170298138**

Cher confrère,  
Merci de compléter ce questionnaire afin de donner une suite éventuelle à la demande de remboursement des frais de voyage de - **GENERATIONS MOUVEMENT**. Tout questionnaire incomplet sera retourné.

 **NOM et PRENOM** du patient : \_\_\_\_\_ **Age** : \_\_\_\_\_ ans  
Suivi auprès de votre Cabinet depuis le :

 **ANTECEDENTS – DATES :**

Principaux :  
En rapport avec les motifs ci-dessous :  
Date de l'épisode identique antérieur :

 **MOTIFS DE L'ANNULATION :**

Le patient devait-il participer au voyage prévu : **OUI – NON**

Si oui : ✧ vous a-t-il consulté sur la faisabilité avant l'inscription ? **OUI-NON**

✧ **date à laquelle le voyage prévu est devenu contre-indiqué** : \_\_\_\_\_

Lors de la contre-indication à voyager, avez-vous rédigé une ordonnance ? **OUI – NON**

Si oui, à quelle date ? .....

Date de la 1<sup>ère</sup> manifestation :

Date de la 1<sup>ère</sup> consultation :

 **DIAGNOSTIC ET HISTORIQUE DE LA MALADIE / ACCIDENT EN PRECISANT LES DATES :**

- -  
- -

• Arrêts de travail : Du .....au ..... / Du .....au .....

• Hospitalisations : Du .....au ..... / Du .....au .....

• Examens complémentaires : **OUI – NON** Si oui :

Nature : Date : .....

Nature : Date : .....

Le traitement :

• Ce traitement

• Le médecin a-t-il remis des médicaments : **OUI – NON**

• Traitement habituel par ailleurs :

• Affection de longue durée : OUI – NON Si oui, laquelle et à quelle date?

Date et signature du patient confirmant l'exactitude des informations :

Date, cachet et signature du médecin :