

Rapport médical abrégé sur le diagnostic et l'incapacité de travail

Indemnité journalière en cas de maladie /
indemnité journalière en cas d'accident

GLN

Cas

Loi Numéro de sinistre

Patient

| | | | |
|--------------------|---|------------------|--------------------------|
| Nom | <input type="text"/> | Prénom | <input type="text"/> |
| Rue | <input type="text"/> | NP / lieu | <input type="text"/> |
| Sexe | <input type="text"/> | Tél. | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> | Email | <input type="text"/> |
| Profession exercée | <input type="radio"/> intellectuelle <input type="radio"/> physique | Temps de travail | <input type="text"/> h/j |

1. Premier traitement

Date

2. Diagnostic(s)

Code CIM et descriptif éventuel

3. Début de l'incapacité de travail

Date Degré de l'incapacité de travail

4. Fin de l'incapacité de travail

Reprise du travail prévue le

Rapport médical abrégé sur le diagnostic et l'incapacité de travail

Indemnité journalière en cas de maladie /
indemnité journalière en cas d'accident

4. Remarques

Médecin

Tél.

Fax

GLN

NCC

eMail

Signature

inutile en cas d'envoi électronique

Date

**Transmission
électronique**