

# 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