

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 [REDACTED] Numéro de sinistre [REDACTED]

Patient

Nom [REDACTED]

Prénom [REDACTED]

Rue [REDACTED]

NP / lieu [REDACTED]

Sexe [REDACTED]

Tél. [REDACTED]

Date de naissance [REDACTED]

Email [REDACTED]

Profession exercée intellectuelle physique

Temps de travail [REDACTED] h/j

1. Premier traitement

Date [REDACTED]

2. Diagnostic(s)

Code CIM et descriptif éventuel

[REDACTED]

3. Début de l'incapacité de travail

Date [REDACTED]

Degré de l'incapacité de travail [REDACTED]

4. Fin de l'incapacité de travail

Reprise du travail prévue le [REDACTED]

[REDACTED]

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