

## FORMULAIRE MEDICO-SOCIAL

NOM :

PRENOM :

TELEPHONE :

GSM :

E-MAIL :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

DATE D'ARRIVEE EN BELGIQUE:

DATE DE L'ACCIDENT : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ .

NOM DE VOTRE MEDECIN TRAITANT :

NOM DE VOTRE AVOCAT :

NOM DE VOTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE :

PROTECTION JURIDIQUE :

### SITUATION SOCIALE

DROITIER – GAUCHER

LANGUE PARLEE : français – autre :

ETAT CIVIL : marié – célibataire – divorcé – veuf – seul – cohabitant

NOMBRE D'ENFANTS

ANNEE DE NAISSANCE DES ENFANTS :

LIEU DE VIE : MAISON – APPARTEMENT – STUDIO – AUTRE

ETAGE ? ESCALIERS ? ASCENSEUR ?

JARDIN OUI-NON

AVANT L'ACCIDENT, L'ENTRETIEN ETAIT REALISE PAR :

ACTUELLEMENT, L'ENTRETIEN EST REALISE PAR :

SCOLARITE

## Primaire : OUI – NON

## Humanités inférieures :

## Humanités complètes :

## Enseignement technique :

## Enseignement professionnel :

## Enseignement supérieur :

## Enseignement autre :

## Formation professionnelle :

## Diplômes + Certificats :

## HISTORIQUE : SITUATIONS PROFESSIONNELLES

ACTIVITES PROFESSIONNELLES COMPLEMENTAIRES :

METIER EXERCÉ	ANNEE DE DEBUT	ANNEE DE FIN	HEURES PRESTÉES

LOISIRS – HOBBY – SPORTS

ACTIVITES	HEURES/SEMAINE	ANNEE DE DEBUT	CLUB	ENCORE EN COURS
			OUI - NON	OUI – NON
			OUI - NON	OUI – NON
			OUI - NON	OUI – NON
			OUI - NON	OUI – NON
			OUI - NON	OUI – NON

SITUATIONS MEDICALES AVANT L'ACCIDENT :

MALADIES D'ENFANCE :		
ANNEE	MALADIE	GUERIE
		OUI - NON
		OUI - NON
		OUI - NON



TRAUMATISMES				
ANNEE	TRAVAIL – SPORTIF – ROULAGE - DOMESTIQUE	TRAITEMENT CHIRURGICAL	SEQUELLES	ASSURANCE
	T – S – R – D	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON
	T – S – R – D	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON
	T – S – R – D	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON
	T – S – R – D	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON
	T – S – R – D	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON
	T – S – R – D	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON

TOUCHEZ-VOUS UN POURCENTAGE D'UNE ASSURANCE ? OUI – NON

SI OUI : POUR QUELLE RAISON.

AVEZ-VOUS DES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES A SIGNALER ? OUI – NON

.....  
 .....  
 .....  
 .....

DATE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

SIGNATURE :

MERCI DE FOURNIR UNE COPIE DE VOTRE DOSSIER MEDICAL AVEC TOUS LES EXAMENS REALISES DEPUIS VOTRE ACCIDENT.

EN FORMAT PAPIER OU PDF à L'ADRESSE [secretariat@cddmedical.be](mailto:secretariat@cddmedical.be)