

FORMULAIRE MEDICO-SOCIAL
(à destination du dossier médical confidentiel)

Les renseignements demandés sont **essentiels** pour une gestion optimale de votre dossier.

Nous vous prions de bien vouloir remplir l'**intégralité** de ce formulaire de manière lisible.

Veuillez également fournir une copie de votre dossier médical, organisé par ordre chronologique.

NOM :	PRENOM :
TELEPHONE :	GSM :
E-MAIL	
LIEU DE NAISSANCE :	
DATE DE NAISSANCE :	
DATE D'ARRIVEE EN BELGIQUE	
DROITIER – GAUCHER	

LANGUE PARLEE : français – autre :

ETAT CIVIL : marié – célibataire – veuf – isolé – cohabitant

ANNEE DE NAISSANCE DES ENFANTS :

SCOLARITE :

Primaire : OUI – NON

Humanités inférieures : Humanités complètes :

Enseignement technique :

Enseignement professionnel :

Enseignement supérieur :

Enseignement autre :

Formation professionnelle (p.e. FOREM) :

Diplômes + Certificats :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

Affections médicales actuelles :

Opération(s) chirurgicale(s) (année + nom de l'intervention) :

ACCIDENTS :

 Accidents du travail :

 Taux d'incapacité permanente :

 Autres accidents :

 Taux d'incapacité permanente :

Quels traitements prenez-vous ? (nom du médicament + posologie) :

.....

FOND DES MALADIES PROFESSIONNELLES :

Affection(s) médicale(s) concernée(s) :.....
 Taux d'incapacité permanente :.....

PROFESSIONS :

Dates Année de début et de fin d'activité	Métier(s) exercé(s)	Employeur(s)/Secteur(s) d'activité(s)

ACTIVITES COMPLEMENTAIRES :

Emploi accessoire :.....
 Hobby :.....
 Sport :
 Autre :

HABITAT :

Maison – Appartement – Jardin : OUI/NON

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

NOM DU MEDECIN TRAITANT :
 NOM de l'AVOCAT :.....
 VOTRE COURTIER D'ASSURANCES :
 VOTRE COMPAGNIE PROTECTION JURIDIQUE :

Date : ... / ... /

Signature :

NB : N'oubliez pas de compléter ce document de faire une copie de votre dossier médical