

Certificat médical – Indemnité journalière

1. Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° Tél.	N° de contrat.
	IBAN	Personne de contact (Nom, téléphone, courriel)	
		Lieu de travail commun de la personne malade (branche d'entreprise)	
2. Personne assurée	Nom et adresse avec NPA	Date de naissance	N° SV / N° AVS
	IBAN	N° Tél. (si connu)	Nationalité
		Etat civil	Soumis à l'impôt à la source <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Si l'incapacité de travail excède 14 jours, merci de bien vouloir remplir le questionnaire en son entier (poser toujours le diagnostic)

Diagnostic (pas de diagnostic global s.v.p.)	
Genre de maladie	De quoi s'agit-il: <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maternité de l'accouchement <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> invalidité <input type="checkbox"/> lésion corporelles assimilées à un accident <input type="checkbox"/> assurance militaire
Données du patient	(Anamnèse de la maladie, de l'infirmité, de la rechute)
Début du traitement	Date _____ La maladie préexistait-elle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, depuis quelle date _____ période Est-ce qu'il résulte une incapacité de travail? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Incapacité de travail	<input type="checkbox"/> oui à _____ % dès le _____ <input type="checkbox"/> non durée prévue _____
Thérapie	A) qu'avez-vous entrepris? _____ B) Envisagez-vous des mesures particulières? _____ C) Le patient est-il hospitalisé? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, où? _____
Reprise du travail	<input type="checkbox"/> oui à _____ % dès le _____ <input type="checkbox"/> non
Remarques Pronostic	

Lieu et date

Sceau et signature du médecin