

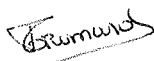
QUESTIONNAIRE MALADIES GRAVES

Renseignements à fournir au médecin-conseil de DKV.

A renvoyer à : DKV Belgium S.A. | Rue de Loxum 25 | 1000 Bruxelles

1. Rubrique réservée à l'assuré

N° police N° police groupe
 N° de matricule
 Nom / prénom de la personne concernée : GRIMARD FRANCOISE
 Date de naissance : / /

Je donne mon accord à la transmission des données médicales ci-dessous.
 Déclaré sincère et véritable, signature 

Date : 19/10/2022

2. Rubrique réservée au médecin traitant

Notre médecin-conseil prie le médecin traitant ou hospitalier, avec le consentement de la personne assurée, d'indiquer la nature de l'affection et de répondre aux questions éventuelles. Il est important de souligner que le médecin choisi par le patient est autorisé à fournir cette information médicale à un médecin-conseil de l'assureur nommément désigné. L'assureur garantit d'autre part le traitement des données personnelles à caractère médical conformément aux dispositions légales en vigueur.

Concerne patient(e) : GRIMARD FRANCOISE
 Nature de la maladie (+ code ICD - 10) : 26 MYELODYSPLASIE
 Date du diagnostic : 09/11/2021

Traitement de la maladie


| Traitement non médicamenteux actuel | Traitement médicamenteux actuel |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Existe-t-il des complications suite à cette maladie ?

Non Oui
 Lesquelles ? Allopathie programmée dans les mois qui viennent.
 Spécifiez : recherche de donneur en cours.

En cas de cancer: y a-t-il des métastases ? Non (NA) Oui

Veillez annexer une copie du rapport médical objectivant le diagnostic.

Déclaré sincère et véritable, signature et cachet du médecin 
 U.C.L. MONT-GODINNE
 DR GRAUX C. (HEMATO.)
 N° id. 1.93137.87.508 (93137)

Date : 19.10.2022

66157_FR_7_201801