envoyé 24/1/22

DKV

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 2 6 9 8 2 3 2 4 1

N° police groupe

N° de matricule

Nom / prénom de la personne concernée : GRIMARD FRANCOISE

Date de naissance : 2 9 / 0 5 / 1 9 5 4

Je donne mon accord à la transmission des données médicales ci-dessous.

Déclaré sincère et véritable, signature

Date : 19../01../20.22

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 = CANCER de la moelle qui va nécessiter greffe de moelle.

Date du diagnostic : 0 9 / 1 2 / 2 0 2 1

Traitement de la maladie

Traitement non médicamenteux actuel	Traitement médicamenteux actuel

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

☐ Non ☒ Oui

☒ Lesquelles ? Allogreffe 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

Veuillez 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. 1.93137.87.598 (93137)

Date : 19.01./20.22

66157_FR_7_201801