

Rapport médical intermédiaire accident



A retourner au médecin-conseil de la Vaudoise Assurances

Vaudoise Générale,
Compagnie d'Assurances SA
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Lausanne
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

Blessé Nom, prénom _____
Adresse _____
NPA et localité _____
Date de naissance _____ Homme Femme
Employeur _____
Numéro de sinistre ou contrat _____

Accident Date (jj.mm.aaaa) _____ Heure (hh:mm) _____

Diagnostic Diagnostic _____

Evolution Evolution et état actuel _____

Causalité Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas? oui non
Dans l'affirmative lesquelles _____

Thérapie Traitement en cours _____

Propositions (suite de traitement, radiographies, examen par le médecin conseil, etc.) _____

A quels intervalles ont lieu les consultations? _____

Durée probable du traitement? _____

Reprise du travail Taux _____ %
Date de reprise Date effective Date prévue
Activité Devons-nous nous adresser à l'employeur pour qu'il procure un travail approprié? oui non
Dommage permanent Ya-t-il à craindre un dommage permanent? oui non
Dans l'affirmative, de quelle nature? _____

Traitement Terminé oui le _____ non probablement dans _____ semaines

Remarques _____

Lieu et date Timbre et signature du médecin

Des exemplaires supplémentaires du présent formulaire sont disponibles sur le site www.vaudoise.ch
rubrique entreprises, sinistres; corps médical

Envoyer

Imprimer