Rapport médical abrégé

Indemnité journalière maladie

Helsana

Patient

Nom		Prénom	
Rue		NP / lieu	
Sexe		Tél.	
Date de naissance		Mail	

Profession exercée ◯ intellectuelle ◯ physique

Employeur

Entreprise		Département	
Rue		NP / lieu	
Tel. / Fax		Mail	

Cause

◯ Maladie ◯ Accident ◯ Grossesse Date prévue de l'accouchement:

Diagnostic(s) avec répercussion sur la capacité de travail

D'autres médecins spécialistes sont-ils impliqués?

◯ Oui, nom, adresse et spécialité ◯ Non

La personne assurée est-elle / sera-t-elle hospitalisée?

◯ opération ◯ stationnaire ◯ partiellement stationnaire ◯ non

Hôpital		département	
Rue		NP / lieu	
Tél / Fax		Mail	
Date			

Quand une capacité de travail de 100 % est-elle prévue?

◯ déjà acquise au

◯ dans 0 – 2 mois

◯ dans 2 – 4 mois

◯ dans 4 – 6 mois

◯ dans > 6 mois

Rapport médical abrégé

Indemnité journalière maladie

Helsana

Remarques

Médecin:

Tél:

Fax:

GLN:

NCC:

eMail:

Date

Transmission électronique

Avec le bouton **«Envoyer»** vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à Helsana.