505 F

Fonds des maladies professionnelles

Avenue de l'Astronomie 1 – 1210 Bruxelles – Tél. 02/226.62.11

(réservé à l'administration)

Attestation médicale: assistance d'une autre personne

Législation relative aux maladies professionnelles du secteur privé

- à compléter par le médecin -

< Attention: l'introduction de cette attestation exige que des formulaires 501 F et 503 F aient déjà été complétés.

1. Identité du patient

Numéro d'inscription Sécurité Sociale	|______-____-___|	*< voir carte sis coin supérieur droit*
Nom	|____________________|	*< pour les femmes: nom de jeune fille*
Prénom	|____________________|	*< prénom officiel*
Date de naissance	|__/__/____|	*< jour/mois/année*

2. Renseignements médicaux

→ Le patient, peut-il sans l'assistance d'une autre personne

	Oui	Non		Oui	Non
se déplacer à l'extérieur ?	O	O	se laver entièrement ?	O	O
se déplacer à l'intérieur ?	O	O	se laver le torse ?	O	O
préparer un repas ?	O	O	utiliser les toilettes ?	O	O
prendre un repas ?	O	O	rester la journée entière sans surveillance ?	O	O
entretenir son habitation ?	O	O	rester sans surveillance pendant quatre heures ?	O	O

Le patient est-il	☐ grabataire ☐ dépendant d'une chaise roulante ☐ dépendant d'une oxygénothérapie
L'assistance d'une autre personne est-elle également nécessaire en raison d'une autre affection ?	☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle?
Le patient a-t-il été hospitalisé au cours des 12 dernier mois ?	☐ Oui ☐ Non Si oui, joignez les rapports d'hospitalisation
Le besoin d'assistance est-il permanent?	☐ Oui ☐ Non Si non, jusqu'à quand cette assistance est-elle nécessaire? _ _ / _ _ / _ _

3. Identité du médecin

		Cachet
Nom		
Adresse		
Téléphone		
Fax		
E-mail		

La nécessité de l'assistance d'une autre personne fait suite à une maladie professionnelle. J'affirme avoir complété cette attestation de manière sincère et complète. Je suis disposé à fournir des données supplémentaires aux médecins du Fonds.

Date: _ _ / _ _ / _ _ Signature: ....