

## Rubrique 5 : Données relatives aux soins

Formulaire de déclaration		Commentaire
	<b>SOINS</b>	
39	<p>Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, date : ____-____-____            heure : ____ min : ____            Qualité du dispensateur : .....            Description des soins dispensés :            .....</p>	<p>Si des soins médicaux ont été dispensés chez l'employeur, précisez à quel moment et mentionnez leur nature ainsi que la qualité de leur prestataire.</p>
40	<p>Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  <input type="checkbox"/> réponse inconnue</p> <p>Si oui, date : ____-____-____            heure : ____ min : ____            numéro d'identification du médecin externe à l'INAMI <sup>(5)</sup>: _____-____-____            nom et prénom du médecin externe :            .....            rue/numéro/boite :            .....            code postal : _____ commune :            .....</p>	<p>Si des soins médicaux ont été dispensés par un médecin extérieur à l'entreprise, précisez à quel moment et mentionnez l'identité du praticien et ses coordonnées.</p>
41	<p>Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> réponse inconnue</p> <p>Si oui, date : ____-____-____            heure : ____ min : ____            numéro d'identification de l'hôpital à l'INAMI <sup>(5)</sup>: _____            dénomination de l'hôpital :            .....            rue/numéro/boite :            .....            code postal : _____ commune :            .....</p>	<p>Si des soins médicaux ont été dispensés dans un hôpital, précisez à quel moment et mentionnez de quel hôpital il s'agit.</p>