

N° réclamation

RAPPORT D'HOSPITALISATION POUR CANCER

DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, à ses frais.

Nom du patient

Service de soins	Date d'admission MM/JJ/AAAA	Date de sortie MM/JJ/AAAA
------------------	--------------------------------	------------------------------

Urgence

Soins intensifs ou de courte durée

Soins prolongés ou convalescence

Autres unités

Dates des traitements en externe et/ou à la maison

CHIRURGIE MM/JJ/AAAA	CHIMIOTHÉRAPIE EN EXTERNE MM/JJ/AAAA	CHIMIOTHÉRAPIE À LA MAISON MM/JJ/AAAA	RADIOTHÉRAPIE MM/JJ/AAAA
-------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------

Date

Hôpital

Signature et étampe du responsable
du Service des archives

Signature

Nom en lettres moulées

Téléphone

AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS: Par les présentes, j'autorise Combined Assurances, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tous administrateurs de programmes gouvernementaux ou d'autres programmes d'indemnisation et toute personne détenant des renseignements sur moi-même ou ma santé, les autres organisations ou fournisseurs de services collaborant avec Combined Assurances, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger des renseignements personnels lorsqu'ils se révèlent pertinents aux fins d'enquête, d'évaluation et de gestion de mes demandes de règlement.

Cette autorisation demeure valide pendant la durée de mes demandes de prestations ou jusqu'à ce que je la révoque par écrit.

Signature du réclamant

Date