

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/AAAADate 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/AAAACHIMIOTHÉRAPIE
EN EXTERNE
MM/JJ/AAAACHIMIOTHÉRAPIE
À LA MAISON
MM/JJ/AAAARADIOTHÉRAPIE
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