

QUESTIONNAIRE ÉPILEPSIE

En cas de crise d'épilepsie, il sera demandé à votre médecin traitant ou au spécialiste qui vous suite de compléter un questionnaire médical spécifique.

Vous pourrez avoir des surprimes, une exclusion ou encore un [refus des garanties complémentaires](#) (PTIA IPT ITT).

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même à l'attention du Médecin Conseil.

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret médical.

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.

M. Mme. Mlle.

NOM et PRÉNOM :

.....

Date de naissance : Dossier suivi par : Le service
médical

Diagnostic :

.....

.....

Date de découverte :

Date de dernière consultation :

Classification :

Origine :

Symptomatique (Cause précise :)

Cryptogénique

Idiopathique

Type de crise :

Partielle (focale) :

- Simple
- Complexe

Généralisée :

- État de mal non convulsif
- État de mal convulsif
- Autre (préciser ; myoclonique...) :

Crises :

Par année :

Nombre et fréquence :

Sur les 12 derniers mois :

Nombre et fréquence :

Date de la dernière crise :

Résultats des examens :

Électroencéphalogramme :

Résultats :

Réalisé le :

Scanner :

Résultats :

Réalisé le :

IRM :

Résultats :

Réalisé le :

Autre (lequel :):

Résultats :

Réalisé le :

Traitement :

Médicament(s) :

Le(s)quel(s) :

Neurochirurgie :

Préciser :

Réalisée le :

Autre :

Lequel :

Depuis :

Complications :

Lesquelles :

Depuis :

Consommation journalière de boissons alcoolisées :

Vin / Bière / Liqueur / Apéritif

en cl : et/ou en nombre de verres :

Arrêt de travail :

Nombre et durée :

Reprise du travail :

- à temps complet

- à temps partiel

Taux :

Depuis :

Invalidité :

Catégorie :

Depuis :

Retentissement dans la vie quotidienne :

Préciser :

Description des activités professionnelles :

.....

.....

Nom : Prénom :

N° Adhérent / N° Projet :

Remarques éventuelles :

.....

.....

.....

Taille : Poids :

Tension artérielle : / Date :

Traitée : Oui / Non

Autres traitements éventuels :

.....

IMPORTANT

Une copie des examens spéciaux avec leurs comptes rendus doit être transmise afin de permettre au service médical de se prononcer en toute connaissance de cause.

Cachet du médecin

Date :/...../.....

Signature :

Depuis 2012, PHENIX COURTAGE, s'est spécialisé dans la recherche d'assurance emprunteur risque aggravé de santé.

En complément de la convention AERAS, nous pouvons vous aider à améliorer vos conditions d'assurance.

Une maladie déclarée à l'assurance emprunteur peut occasionner des surprimes, des exclusions ou encore des refus de garantie (incapacité, invalidité, IPT, ITT, IPP, MNO, ...).

Si la garantie d'invalidité spécifique AERAS existe, elle ne remplace pas pour autant les garanties obligatoires exigées par la banque.

Une assurance emprunteur est une couverture qui se doit d'être appréhendée de manière globale.

Pour faire appel à nos prestations de courtage :

- Mail : contact@phenix-courtage.fr
- Téléphone : 04 67 64 00 17
- Formulaire de contact site internet

Pour en savoir plus : [assurance emprunteur épilepsie](#)