

Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence habituelle ou envoyez-le à :

**Omnimut – Mutualité Libre de Wallonie**  
**Rue Natalis 47b – 4020 Liège**  
 Davantage d'informations sur [www.omnimut.be](http://www.omnimut.be)

## CONFIDENTIEL

**Veillez compléter un questionnaire médical par assuré. Pour les enfants de moins de 18 ans, à compléter par le représentant légal.**

**Le questionnaire médical ne peut être examiné que s'il a été répondu à toutes les questions.**

## Assuré

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
N° de registre national ou apposez une vignette de la mutualité	
Couverture choisie :	<input type="checkbox"/> Hospitalia <input type="checkbox"/> Hospitalia Plus <input type="checkbox"/> Hospitalia Continuité <input type="checkbox"/> Hospitalia Ambulatoire

### INFORMATIONS GENERALES

Veillez cocher oui/non et compléter si nécessaire

	OUI	NON
- Avez-vous été hospitalisé ces 24 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, pourquoi ?	.....	
- Une hospitalisation est-elle planifiée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, pourquoi ?	.....	
Quand ?	.....	
- Un traitement ambulatoire est-il planifié (= sans hospitalisation) ? Par ex., une série de séances chez le kiné, logopède, dentiste,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, pourquoi ?	.....	
Quand ?	.....	
- Prenez-vous régulièrement des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quels médicaments et pour quelle affection ?	.....	
.....		
.....		
- Pour les femmes : êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### INFORMATIONS SPECIFIQUES

Veillez cochez oui/non et, si oui, compléter et préciser si nécessaire.

#### Affections cardio-vasculaires

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
- Infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Affection de valve cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Affection des artères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
- Hémorragie cérébrale/thrombose cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Malformation cardiaque congénitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ?	.....	
- Autre affection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ?	.....	
<b>Affections du système respiratoire</b>		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
- Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre affection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ?	.....	
<b>Affections du système digestif</b>		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
- Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infection du pancréas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cirrhose du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre affection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ?	.....	
<b>Affections des reins, des voies urinaires et des organes génitaux</b>		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
- Calculs rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reins polykystiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Insuffisance rénale/dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Problème de prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Affection de l'utérus/des trompes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre affection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si oui, laquelle ?	.....	
<b>Affections musculaires et ostéo-articulaires</b>		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
- Arthrose		
- Hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre(s) endroit(s)	.....	

