

EPILEPSY DETAILS

TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN

NAME OF APPLICANT: _____ DATE OF BIRTH: _____

POLICY #: _____ REFERENCE #: _____

1 Type of epilepsy _____

2 Date epilepsy was diagnosed _____

3 Number of seizures _____

4 Date of last 3 seizures _____

5 Is patient presently on medication? Yes No

Type of medication _____

If not currently on medication, advise if patient was on medication in the past, the type and date it was discontinued.

Date _____

Signature of Attending Physician _____

Address _____

Phone Number (_____) _____

DÉTAILS SUR L'ÉPILEPSIE

À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

NOM DU PROPOSANT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

N° DE POLICE : _____ N° DE RÉFÉRENCE : _____

1 Type d'épilepsie _____

2 Date de diagnostic de l'épilepsie _____

3 Nombre de crises épileptiques _____

4 Date des trois dernières crises épileptiques _____

5 Le patient prend-t-il actuellement une médication? Oui Non

Type de médication _____

Si le patient ne prend pas présentement une médication, veuillez indiquer s'il en a déjà pris dans le passé.
Veuillez indiquer le type de médication et la date à laquelle le traitement a été terminé.

Date _____

Signature du médecin traitant _____

Adresse _____

N° de téléphone (_____) _____