

In te vullen door uw arts

MEDISCH ATTEST

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam: .....

Adres: .....

verklaart dat :

Naam en voornaam:

.....

Adres: .....

het slachtoffer geworden is van een ongeval op (datum) ...../...../..... te (plaats)

.....

**Gevolgen van het ongeval**

▪ Eerste raadpleging in verband met het ongeval (datum en uur): .....

▪ Beschrijving van de aard van de kwetsuren:

.....  
.....  
.....

▪ Is het slachtoffer in het ziekenhuis opgenomen  ja  neen

Zo ja, van ...../...../..... tot ...../...../.....inbegrepen

▪ Het slachtoffer is  nog in behandeling  
 genezen sinds...../...../.....

▪ Is het slachtoffer tijdelijk ongeschikt om zijn/haar dagelijkse taken uit te oefenen (werk, studies, huishoudelijke taken,...)?  ja  neen

Zo ja, periodes en percentages van ongeschiktheid:

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

▪ Zal het slachtoffer volledig herstellen?  ja  neen

Zo ja, op (datum) ...../...../.....

Zo nee, wat is de inschatting van de blijvende ongeschiktheid ? %

▪ Bijkomende inlichtingen: .....

.....  
.....

Opgemaakt op (datum): ...../...../.....

te

Handtekening en stempel van de arts