

Verzekeringnemer :

**GENEESKUNDIG ATTEST**

(In te vullen door de behandelende geneesheer)

<p><b>RECHTHEBBEND SLACHTOFFER</b>  <i>Naam</i> : .....  <i>Adres</i> : .....</p>
<p><i>Datum van het ongeval</i> : .....  <i>Datum eerste onderzoek</i> : .....</p>
<p><i>Vastgestelde verwondingen</i> : .....</p>
<p><i>Voorziene duur der werkonbekwaamheid</i> :  * volledig (1) van..... tot en met .....incl  * gedeeltelijk à ..... % van..... tot en met .....incl  * gedeeltelijk à ..... % van..... tot en met .....incl  * gedeeltelijk à ..... % van..... tot en met .....incl  <i>Vermoedelijke gevolgen</i> .....</p>
<p><i>De gewonde wordt verzorgd</i> : .....  <i>De toegepaste behandeling is de volgende</i> : .....</p>

De tussenkomst van een geneesheer-specialist schijnt :

*nuttig / nutteloos* te zijn

Radiografie is : *nodig / nuttig / overbodig*

Ziekenhuisverpleging is : *noodzakelijk / niet noodzakelijk*

Er valt te vrezen dat het ongeval *een / geen* blijvende werkonbekwaamheid zal veroorzaken, die waarschijnlijk zal bestaan uit .....

Opmerkingen : (bv voorbestaande toestand) .....

Te \_\_\_\_\_, op \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
Stempel en handtekening van de geneesheer

(1) De ongeschiktheid is pas volledig wanneer het slachtoffer erdoor genoopt wordt elke beroepsbezigheid te staken, in de andere gevallen is zij gedeeltelijk