

Ong. Nr
Maatschappij :

MEDISCH GETUIGSCHRIFT

Moet dadelijk naar de Maatschappij
gezonden worden !)

Ref.
Producent :

VERZEKERINGSNEMER

Naam en voornaam (1) :	
Adres :	Tel. :
Beroep :	Geboortedatum :

SLACHTOFFER

Naam en voornaam (1) :	
Adres :	Tel. :
Beroep :	Geboortedatum :

Ondergetekende,, Dokter in de Geneeskunde,
woonachtig te, na onderzoek van
M., ingevolge het ongeval hem/haar
overkomen op te uur, verklaart :

I. VASTSTELLING : (in te vullen bij eerste consult)

1. dat het ongeval volgende verwondingen veroorzaakt heeft :
2. met een —volledige werkonbekwaamheid van dagen
— gedeeltelijke " " van dagen à %
3. datum van de aanvang der werkonbekwaamheid :
4. vermoedelijke gevolgen van het ongeval : — blijvende invaliditeit
- volledige genezing
- andere :
5. vermoedelijke duur van de werkonbekwaamheid :
6. toegepaste medische behandeling :
7. is het opnemen in een ziekenhuis, een bijzondere behandeling, een radiografie of de tussenkomst van een specialist vereist ?
8. Bijzondere opmerkingen :

II. EVOLUTIE : (in te vullen bij verandering van toestand)

— dat de genezingsduur voor het ongeval dient verlengd te worden vanaf de
tot de voor volledige werkonbekwaamheid en/of vanaf de
tot de voor gedeeltelijke werkonbekwaamheid à %

III. GENEZING : (in te vullen bij beëindiging van de werkonbekwaamheid)

— dat het slachtoffer genezen is van zijn verwondingen ja/nee
en in staat is zijn werkzaamheden te hernemen vanaf

De werkonbekwaamheid was volledig vanaf tot (niet inbegrepen).
De werkonbekwaamheid was gedeeltelijk à % vanaf tot

Dit ongeval heeft geen/een(2) bestendige invaliditeit veroorzaakt.

Te de 19.....

Handtekening
van de Geneesheer.

- (1) Blokletters a.u.b.
- (2) Schrappen wat niet past.
- (3) Direct te sturen naar uw producent.