G E N E E S K U N D I G G E T U I G S C H R I F T

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DOKTER |  | SLACHTOFFER | |
| Naam en adres (of stempel) |  | Naam |  |
|  |  | Voornaam |  |
|  | geboortedatum |  |
|  |  |  |
|  | Datum ongeval |  |

|  |
| --- |
| 1. Aard van de verwondingen |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. Had het slachtoffer al letsels of ziekten die het geval verergerd hebben ? | JA NEEN |
| Welke? | |
|  | |
|  | |
| Sedert wanneer ? | |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Wanneer heeft men voor het eerste maal de hulp van de dokter ingeroepen ? | datum : |
| Naam en woonplaats van die dokter ? | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. het slachtoffer is : | | | |
| O | Volledig arbeidsongeschikt | begindatum | Vermoedelijke einddatum |
| O | Gedeeltelijk arbeidsongeschikt |  |  |
|  | % |  |  |
|  | % vermoedelijke |  |  |
| O | In staat zijn werk voort te zetten |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. Waar zal het slachtoffer verzorgd worden ? |  |
| Naam en voornaam van die dokter : | |
| *Belangrijk: Toestemming voor fysiotherapeutische behandeling dient aan het ziekenfonds aangevraagd te worden, met vermelding van a) aard van de prestatie b) aantal zittingen c)lokalisatie d)vermoedelijke duur en e) medische redenen van de behandeling.*  *Als het slachtoffer geen aanspraak kan maken op tegemoetkoming van het ziekenfonds, dient deze aanvraag aan KBC Verzekeringen te worden gedaan.* | |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. Zijn er erge gevolgen te vrezen voor de toekomst? | JA NEEN |
| Waarin zouden deze bestaan? (bv. Overlijden, blijvende arbeidsongeschiktheid, enz…) | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

Opgemaakt op ………………………………. De dokter (handtekening)