

MEDISCH ATTEST

Verzekeringnemer: _____

Verzekeringsmaatschappij: _____

Polisnummer: _____

☐ arbeidsongeval
☐ arbeidswegongeval
☐ hospitalisatie

☐ sportongeval
☐ persoonlijk ongeval
☐ ziekte

(1) Naam, voornaam, hoedanigheid, adres (arts)

De ondergetekende (1) _____

(2) Naam, voornamen, adres van de getroffen

heeft onderzocht op _____ om _____ uur

(2) _____

(3) Vermelden: de soort, aard en getroffen lichaamsdelen (armbreuk, hoofd- en vingerkneuzing, inwendig letsel, ...) en diagnose n.a.v. ongeval-letsel/ziekte/hospitalisatie-ingreep

☐ na het **ongeval** hem/haar overkomen op _____ (datum)

☐ in behandeling wegens **ziekte**

☐ in behandeling voor ingreep met **hospitalisatie**

Hij/Zij verklaart:

1. ☐ dat het **ongeval** volgende letsels heeft veroorzaakt (3)

☐ dat volgende **ziekte** zich manifesteerde (3)

(4) Zekere of vermoedelijke gevolgen van ongeval- letsel/ziekte/hospitalisatie-ingreep vermelden: overlijden, volledige of gedeeltelijke blijvende of tijdelijke ongeschiktheid, met opgave van de vermoedelijke duur van de tijdelijke ongeschiktheid

2. dat deze letsels/ziekte/ingreep tot gevolg (zullen) hebben (4):

(5) De arts dient vast te stellen of de ongeschiktheid normaal uit ongeval-letsel/ziekte/hospitaal-ingreep zelf volgt, zonder rekening te houden met welke andere omstandigheden ook.

3. dat de ongeschiktheid begon/zal beginnen op (5):

(6) Vermelden waar de getroffen verzorgd wordt.

(% arbeidsongeschiktheid, periode, aangepast werk,)

4. dat de getroffen verzorgd wordt (6):

(7) Als de arts deze overtuiging heeft, gelieve de motieven op precieze wijze weer te geven

5. dat zij/ hij de overtuiging heeft (of niet) dat de verwondingen of vastgestelde ziekte als oorzaak het gerelateerde ongeval hebben (7)

Opgemaakt te _____, op _____

De arts,
(Handtekening)