

Geneeskundig getuigschrift

POLISNUMMER *(door de school in te vullen)*

VOORNAAM EN NAAM

DOKTER

naam en adres (of stempel)

SLACHTOFFER *(door de school in te vullen)*

naam en voornaam

datum ongeval

____ / ____ / ____

geboortedatum

____ / ____ / ____

AARD VAN DE VERWONDINGEN

HEEFT HET SLACHTOFFER VOOR ZIJN ONGEVAL LETSELS OF ZIEKTES GEHAD WAARDOOR DE GEVOLGEN VAN DIT ONGEVAL KUNNEN WORDEN VERZWAARD?

ja neen

Welke?

Sedert wanneer?

WANNEER HEEFT MEN VOOR DE EERSTE MAAL DE HULP VAN DE DOKTER INGEROEPEN?

datum ____ / ____ / ____

naam en woonplaats van die dokter

Geneeskundig getuigschrift

HET SLACHTOFFER IS:

in staat zijn dagelijkse bezigheden voort te zetten

volledig ongeschikt begindatum ____/____/____ vermoedelijke einddatum ____/____/____

gedeeltelijk ongeschikt

_____ % begindatum ____/____/____ vermoedelijke einddatum ____/____/____

_____ % vermoedelijke begindatum ____/____/____ vermoedelijke einddatum ____/____/____

IS ER EEN VOLLEDIGE GENEZING TE VERWACHTEN?

ja, wanneer _____

neen, wat zijn de mogelijke gevolgen voor de toekomst? (bv. overlijden, blijvende invaliditeit, enz.)

opgemaakt te _____ op ____/____/____

de dokter, (handtekening en stempel)