

Geneeskundig getuigschrift

Binnen de 8 dagen na ongeval te bezorgen aan verzekeraar

POLISNUMMER

DATUM ONGEVAL :

GETROFFENE

Naam + Adres

EERSTE ONDERZOEK

Datum : / / Uur :

AARD VAN DE VERWONDINGEN OF ZIEKTE – UITVOERIGE OMSCHRIJVING

.....
.....
.....

BEGIN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Datum : / /

WERKONGESCHIKTHEID OF ONGESCHIKTHEID TOT NORMALE ACTIVITEITEN

100 %	van / /	tot / /
.....%	van / /	tot / /
.....%	van / /	tot / /
.....%	van / /	tot / /

PROGNOSE

Volledige genezing wordt voorzien tegen / /

Blijvende ongeschiktheid kan verwacht worden wegens.....
en geschat worden op %

Blijvende ongeschiktheid kan nog niet bepaald worden

Esthetische schade ... / ...

BIJKOMENDE OPMERKINGEN

Gedaan op / /, te

Naam en woonplaats en/of stempel geneesheer

handtekening geneesheer