

# Geneeskundig getuigschrift

**dokter**

naam en adres (of stempel)

---

---

---

**slachtoffer**

naam

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 de eerste maal de hulp van de dokter ingeroepen? datum

naam en woonplaats van die dokter

---

---

4. Het slachtoffer is:

volledig arbeidsongeschikt begindatum \_\_\_\_\_ vermoedelijke einddatum \_\_\_\_\_

gedeeltelijk arbeidsongeschikt

\_\_\_\_\_ % begindatum \_\_\_\_\_ vermoedelijke einddatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % vermoedelijke begindatum \_\_\_\_\_ vermoedelijke einddatum \_\_\_\_\_

in staat zijn gewoon werk voort te zetten.

5. Waar zal het slachtoffer voortaan verzorgd worden?

naam en woonplaats van die dokter

*Belangrijk: Toestemming voor fysiotherapeutische behandeling dient aan het ziekenfonds aangevraagd te worden, met vermelding van a) aard van de prestaties, 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)