

# Geneeskundig getuigschrift

POLISNUMMER

\_\_\_\_\_

VOORNAAM EN NAAM

\_\_\_\_\_

DOKTER

naam en adres (of stempel)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SLACHTOFFER

naam

\_\_\_\_\_

datum ongeval

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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)