



POLISNUMMER

28.802.822

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  NEE

Welke?

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

Sedert wanneer? \_\_\_\_\_

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

datum \_\_\_\_\_

naam en woonplaats van die dokter:

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

## 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.)

---

---

---

opge maakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

**Dokter (handtekening + stempel)**