

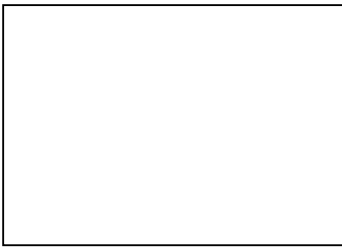


Galileelaan 5
 B-1210 BRUSSEL
 Tel. 02-286 61 11
 Fax 02-286 70 60
 RPR Brussel BTW BE 0405.764.064
 IBAN : BE98-7995-5012-5293
 BIC : GKCCBEBB
 e-mail: info@dvvlap.be

Agentschapnummer [] [] [] [] []
 Naam - (ev.) rechtsvorm

Adres - maatschappelijke zetel

Ond.nr./BTW-nr.
 IBAN-nr.
 FSMA-nr.



DVV verzekeringen

MEDISCH ATTEST

Arbeidsongevallen

Polisnummer : **Dossiernummer :**

(1) Naam, voornamen, hoedanigheid, adres.

(2) Naam, voornamen, adres van de getroffene.

(3) Vermelden : de soort en de aard van de letsels en de getroffen lichaamsdelen (armbreuk, hoofd- of vingerkneuzing inwendig letsel, verstikking, enz...).

(4) Aanduiden of er RX of andere speciale onderzoeken uitgevoerd of voorgeschreven werden.

(5) De zekere of vermoedelijke gevolgen van het vastgestelde letsel vermelden: overlijden, algehele of gedeeltelijke blijvende ongeschiktheid, algehele of gedeeltelijke tijdelijke ongeschiktheid, met opgave van de vermoedelijke duur van die tijdelijke ongeschiktheid.

(6) De geneesheer dient vast te stellen of de ongeschiktheid normaal uit het letsel zelf volgt, zonder rekening te houden met welke andere omstandigheden ook.

(7) Vermelden, waar de getroffene verzorgd wordt.

De ondergetekende ⁽¹⁾

heeft ⁽²⁾

onderzocht op na het ongeval dat hem/haar op is overkomen, in dienst van :

Hij/Zij verklaart :

1. dat het ongeval volgende letsels heeft veroorzaakt ⁽³⁾ :

2. dat volgende behandelingen of RX of andere onderzoeken voorgeschreven of uitgevoerd werden ⁽⁴⁾ :

3. dat die letsels tot gevolg hebben (zullen hebben) ⁽⁵⁾ :

4. dat de ongeschiktheid begon (zal beginnen) op ⁽⁶⁾ :

5. dat de getroffene verzorgd wordt ⁽⁷⁾ :

ambulant
 op consultatie
 gehospitaliseerd (naam en adres van ziekenhuisinstelling)

Opgemaakt te op
 De geneesheer (handtekening)