



## Medisch attest B

ongeval nummer \_\_\_\_\_

datum ongeval \_\_\_\_\_

### GETROFFENE

naam en voornaam \_\_\_\_\_

geboortedatum \_\_\_\_\_

### BEHANDELLENDE GENEESHEER

naam en voornaam \_\_\_\_\_

Wanneer werd u bij de getroffene geroepen? datum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ uur

### MEDISCH ATTEST (TEN BEHOEVE VAN DE RAADSGENEESHEER)

Aard van de letsels.

---

---

---

Welke behandeling wordt toegepast?

---

---

---

Is verblijf in een kliniek nodig en hoelang?

---

---

---

Kan getroffene zijn gewone bezigheden verrichten?

ja  nee

indien niet, duur der arbeidsongeschiktheid:

volledig \_\_\_\_\_

gedeeltelijk \_\_\_\_\_

Kan een volledige genezing verwacht worden?

ja  nee

vermoedelijke datum volledig \_\_\_\_\_

Kan een blijvende arbeidsongeschiktheid (invaliditeit) verwacht worden?

ja  nee

Welk percentage is te voorzien? \_\_\_\_\_%

Bijkomende inlichtingen

---

---

---

---

---

## HANDTEKENING

plaats \_\_\_\_\_

datum \_\_\_\_\_

**handtekening van de geneesheer**