



MEDISCH ATTEST

(Arbeidsongevallenwet - KB van 28.12.71)

AAN DE MAATSCHAPPIJ TOE TE ZENDEN

WERKGEVER :

.....

.....

SCHADENUMMER :

VERZEKERINGSPOLIS :

ASR-NUMMER : □□□□ - □□□□□□□□ - □□□ - □□

- (1) Naam, voornaam, 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- en of vingerkneuzing, inwendig letsel, verstikking, enz.).
- (4) 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.
- (5) De arts dient vast te stellen of de ongeschiktheid normaal uit het letsel zelf volgt, zonder rekening te houden met welke andere omstandigheden ook.
- (6) Vermelden, waar de getroffene verzorgd wordt.

De ondergetekende (1)

.....

heeft op, om uur

(2)

onderzocht na het ongeval dat hem op

is overkomen.

Hij verklaart:

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

.....

.....

.....

.....

2. dat die letsels tot gevolg hebben (zullen hebben) (4):

.....

.....

.....

.....

3. dat de ongeschiktheid begon (zal beginnen) op (5):

.....

.....

dat de getroffene zijn HUIDIGE taak kan blijven uitvoeren

dat aangepaste tewerkstelling **mogelijk** is. De beperkingen zijn:

.....

.....

.....

dat de getroffene volledig arbeidsongeschikt is van tot

4. dat de getroffene verzorgd wordt (6):

.....

.....

Opgemaakt te, op

De arts,

(Handtekening)

4073359 - 06.2005