



Livingstonelaan 6
 B-1000 BRUSSEL
 Tel. 02-286 61 11
 Fax 02-286 70 60
 RPR Brussel 0405.764.064
 Rek.nr. 799-5501252-93
 e-mail: info@dvvlap.be

DVV verzekeringen

MEDISCH ATTEST

Arbeidsongevallen

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Polisnummer : | Dossiernummer : |
|---------------------|-----------------------|

(1) Naam, voornamen, hoedanigheid, adres.

De ondergetekende ⁽¹⁾

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

heeft ⁽²⁾

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

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

Hij/Zij verklaart :

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

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

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

(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.

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

(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.

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

(7) Vermelden, waar de getroffene verzorgd wordt.

5. dat de getroffene verzorgd wordt ⁽⁷⁾ :

ambulant
 op consultatie
 gehospitaliseerd (naam en adres van ziekenhuisinstelling)

Opgemaakt te op
 De geneesheer (handtekening)