

Polisnummer

1) Naam van de geneesheer _____ (in drukletters a.u.b.) Voornaam _____
Adres _____

2) Naam van het slachtoffer _____ Voornaam _____
Adres _____

3) Datum van het ongeval ____ - ____ - ____

4) Datum en uur van het eerste geneeskundig onderzoek ____ - ____ - ____ ____ . ____ uur

5) Verwondingen (de aard der verwondingen en de getroffen lichaamsdelen vermelden) _____

6) Waar wordt het slachtoffer verzorgd? _____

7) Kan het slachtoffer zich verplaatsen? Ja Neen

8) Waarschijnlijke duur van de behandeling _____

9) Waarschijnlijke gevolgen van het ongeval

- volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid dagen, van tot
- gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid dagen, van tot tegen %

Voorziet u een volledige genezing? Ja Neen

10) Is u van mening dat de vastgestelde verwonding het gevolg kan zijn van het in rubriek A. 4 vermelde ongeval? Ja Neen

11) Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekkigheden, kwalen of ziekten)? Ja Neen
Zo ja, welke? _____

12) a. Werd er overgegaan tot een heelkundige ingreep? Ja Neen
Zo ja, welke? _____
In welke inrichting en door welke chirurg? _____

b. Werd er overgegaan tot een radiografisch onderzoek van diagnose en/of controle? Ja Neen
Door welke radioloog? _____

c. Wenst u tussenkomst van een specialist? Ja Neen

13) Opmerkingen _____

NB: Ethias draagt bij in de kosten van verzorging boven de wettelijke uitkeringen van het ziekenfonds en stemt op voorhand in met elke speciale behandeling (fysiotherapie en kinesiotherapie) die door de raadgevend arts van het ziekenfonds is goedgekeurd.

Opgemaakt te _____ op _____

Handtekening