

**In te vullen door uw arts  
MEDISCH ATTEST**

---

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,.....  
verklaart dat:

Naam en voornaam:.....

Adres:.....

het slachtoffer geworden is van een ongeval op (datum)...../...../..... te (plaats) .....

**Gevolgen van het ongeval**

- Eerste raadpleging in verband met het ongeval (datum en uur): .....

- Beschrijving van de aard van de kwetsuren:

.....  
.....  
.....

- Is het slachtoffer in het ziekenhuis opgenomen  ja  neen

Zo ja, van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen

- Het slachtoffer is  nog in behandeling  
 genezen sinds...../...../.....

- Is het slachtoffer tijdelijk ongeschikt om zijn/haar dagelijkse taken uit te oefenen (werk, studies, huishoudelijke taken,...)?  ja  neen

Zo ja,

a)periodes en percentages van persoonlijke ongeschiktheid:

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

b)periodes en percentages van huishoudelijke ongeschiktheid :

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

c)periodes en percentages van economische ongeschiktheid:

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

van ...../...../..... tot ...../...../..... inbegrepen tegen ..... %

- Zal het slachtoffer volledig herstellen?  ja  neen

Zo ja, op (datum) ...../...../.....

Zo nee, wat is de inschatting van de blijvende ongeschiktheid? .....%

- Bijkomende inlichtingen: .....  
.....  
.....

Opgemaakt op (datum): ...../...../.....

Te.....

Handtekening en stempel van de arts

.....