

Naam getroffene		
Adres		
Geboortedatum		
Datum ongeval/ziekte		
Eerste onderzoek	Datum:.....	Uur:.....
Aard van de verwondingen of ziekte uitvoerig omschrijven	
Behandeling	
Begin arbeidsongeschiktheid	Datum:.....	Uur:.....
Bijkomende opmerkingen	Is het ongeval/ziekte te wijten aan een vooraf bestaande toestand? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Bestendige letsels als gevolg van vroegere ongevallen of ziekte:	
Ongeschiktheid tot arbeiden of tot normale activiteiten% van..... t.e.m.....% van..... t.e.m.....% van..... t.e.m.....% van..... t.e.m.....% van..... t.e.m..... <input type="checkbox"/> volledige werkhervatting op <input type="checkbox"/> volledige genezing is bereikt op datum van	

Gedaan te, op

Naam en adres en/of stempel van de geneesheer

Handtekening