



In te vullen door uw arts

MEDISCH ATTEST

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam:.....

Adres:.....

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, periodes en percentages van 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:

.....
.....

ARAG SE - Branch Belgium, Marsveldplein 5, 1050 BRUSSEL

ARAG SE - ARAG Platz 1 - 40472 Düsseldorf, Germany
HR Rechtbank van Eerste Aanleg van Düsseldorf, HRB 66846



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

te

Handtekening en stempel van de arts

ARAG SE - Branch Belgium, Marsveldplein 5, 1050 BRUSSEL

ARAG SE - ARAG Platz 1 - 40472 Düsseldorf, Germany
HR Rechtbank van Eerste Aanleg van Düsseldorf, HRB 66846