



| Dokter                     | Slachtoffer   |
|----------------------------|---------------|
| Naam en adres (of stempel) | Naam          |
|                            | Datum ongeval |

1. Datum en uur van het eerste geneeskundig onderzoek: .....
  2. Aard van de verwondingen: .....  
.....  
.....
  3. Waar wordt het slachtoffer verzorgd? .....
  4. Kan het slachtoffer zich verplaatsen?                     JA     NEEN
  5. Waarschijnlijke duur van de behandeling: .....
  6. 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
  7. Bent u van mening dat de vastgestelde verwondingen het gevolg zijn van het vermelde ongeval?  JA     NEEN
  8. Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekkigheden, kwalen of ziekten)?                     JA     NEEN
    - Zoja, welke? .....
  9. a) Werd er overgegaan tot een heelkundige ingreep?                     JA     NEEN
    - Zoja, 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 een tussenkomst van een specialist?                     JA     NEEN
10. Opmerkingen: .....  
.....  
.....

Opgemaakt te: ..... op .....

Handtekening arts