

ÇERTIFICAT MEDICAL



KSA Nationaal vzw

Vooruitgangstraat 225, 1030 Brussel

02 201 15 10 | info@ksa.be | www.ksa.be

Verstuur het geneeskundig getuigschrift samen met een ingevulde ongevalsverklaring naar KSA (**binnen 4 weken na het ongeval**). De uitgavenstaat is voor (de ouders van) het slachtoffer om de medische kosten door te geven via het ziekenfonds van het slachtoffer.

DRUKLETTERS A.U.B. / MAJUSCULES S.V.P.

Groep:

Groepsnummer:

Naam slachtoffer (of kleeftbriefje ziekenfonds):

.....

.....

Vorbehouden aan de verzekeringsmaatschappij

Referte KSA:

Ontvangen op:

Referte IC:

Polisnummer:

Partie du document reservee au medecin (merci de repondre avec precision à toutes les questions posees ci-dessous)

Date du premier examen: / / Heure du premier examen:

Endroit du premier examen:

Date de l'accident: / /

Diagnostic tres complet de l'affection:

.....

.....

.....

Signes objectifs (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes):

.....

.....

.....

Symptômes SUBJECTIFS accusés par le blessé:

.....

Date et origine des lésions d'après le blessé: / / -

.....

Les constatations objectives (l'origine signalée par le blessé et la date indiquée par lui) rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables? Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous?

.....

.....

.....

Le blessé peut-il continuer ses occupations totalement ou partiellement?

Si non, à quelle date a-t-il dû cesser ses occupations? / /

Prevision: A - Guérison complète / B - Incapacité permanente totale ou partielle / C - Mort

N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident? Infirmités antérieures:

.....

Des soins constants sont-ils donnés? Où et par qui?

Jugez-vous de l'intérêt du blessé ou de la compagnie de faire hospitaliser la victime?

Pourquoi?

Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologue, etc...) et pourquoi?

.....

Observations particulières:

.....

DIAGNOSTIC DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN

Fait à le / / Signature du médecin

Nom et adresse ou cachet du médecin