

**DOSSIER BEHEERD TE**

1000 BRUXELLES  
Rue du Pont Neuf 17  
Tél.: 02 664.72.77  
Fax : 02 664.70.80

6000 CHARLEROI  
Bd. Tirou 185  
Tél.: 071 27.63.80  
Fax : 071 27.60.91

2600 BERCHEM  
Berchemstationstraat 70  
Tél.: 03 218.31.11  
Fax : 03 218 32 14

of per mail aan  
CLAIMSAO@AGINSURANCE.BE

**INDIVIDUELE ONGEVALLLENVERZEKERING**

**GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT**

**dadelijk na het eerste medisch onderzoek te sturen  
aan de advizerende geneesheer van AG Insurance.**

<b>VERZEKERINGSNEMER</b>	LANXESS NV Haven 507 Scheldelaan 420 2040 Antwerpen	<b>POLIS Nr.</b> 99 102 634/03
		<b>SCHADEGEVAL Nr.</b>

**Naam en voornamen van slachtoffer** .....

**Adres** .....

**Plaats en datum van geboorte** .....

**Beroep** .....

**Dag, uur en plaats van het eerste onderzoek** .....

**Datum van het ongeval of oorsprong van de letsels volgens slachtoffer** .....

**ZEER VOLLEDIGE DIAGNOSE VAN DE AANDOENING:**

- **Objektieve kentekens : soort, aard, en ernst der klachten of kwetsuren alsmede de aangetaste delen van het lichaam heel juist aanduiden** .....

- **Subjektieve klachten door slachtoffer geuit** .....

**Doen de objektieve vaststellingen het waarschijnlijke uitschijnen van de oorzaak aangeduid door slachtoffer, alsmede de opgegeven datum ?** .....

**Zo niet, op welke vaststellingen is dan uw antwoord gesteund ?** .....

**KEERZIJD E INVULLEN A.U.B.**

<p>- Kan slachtoffer voortgaan met geheel of gedeeltelijk te werken ? Zo niet, op welke datum werd het werk gestaakt ? (voor de leerlingen, aanduiden of er lesonderbreking is)</p>	<p>..... ..... ..... ..... .....</p>
<p>- DIAGNOSE :</p> <p>    Volledig herstel</p> <p>- Duur van de behandeling</p> <p>- Duur van de tijdelijke werkonbekwaamheid :</p> <p>    - volledige :</p> <p>    - gedeeltelijke :</p> <p>- Blijvende werkonbekwaamheid :</p> <p>- Overlijden</p>	<p>ja - neen</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ja - volledige     gedeeltelijke ..... %</p> <p>.....</p>
<p>Bestaat er niets bij dit slachtoffer dat van aard is de gevolgen van het ongeval of de ziekte abnormaal te verergeren ? Vroegere gebrekkelijkheid ?</p>	<p>..... ..... ..... .....</p>
<p>Worden er gedurige zorgen verstrekt ? Indien slachtoffer in een verpleeginrichting is opgenomen, adres van deze inrichting aanduiden Is de tussenkomst van een ander geneesheer (specialist, chirurg, radioloog, enz...) noodzakelijk ?</p>	<p>..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</p>
<p>Bijzondere opmerkingen</p>	<p>..... ..... ..... ..... .....</p>

Opgemaakt te ....., op .....

Naam en woonplaats of naamstempel van de geneesheer,

Handtekening,