

OVERSEAS CONTACT

Anda Martens
02 509 30 85
Chantal Bleyaert
02 509 20 18
periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be

ADRES

Victor Hortaplein 11
1060 Brussel

REKENINGNUMMER

IBAN: BE56 6790 0735 1788
BIC: PCHQBEBB

A2 – MEDISCH ATTEST

Vóór- én achterzijde behoorlijk invullen en ondertekend aan de Dienst terugzenden.

1. Naam en adres van de geneesheer	
2. Naam, voornamen en adres van de getroffen(e)	
3. Beschrijving van de opgelopen letsels (de soort en de aard van de letsels en de getroffen lichaamsdelen – armbreuk, hoofd- of vingerkneuzing, inwendig letsel, verstikking, enz...)	
4. Tijdelijke arbeidsongeschiktheid die voorzien wordt	<input type="radio"/> Geen werkonderbreking <input type="radio"/> Volledige arbeidsongeschiktheid van ____ dagen, vanaf ____/____/_____ <input type="radio"/> Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid van ____ %, gedurende ____ dagen
5. Waarschijnlijke gevolgen van de vastgestelde letsels	<input type="radio"/> Genezing zonder enig restletsel <input type="radio"/> Genezing met restletsels, die geen blijvende arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben <input type="radio"/> Consolidatie met een blijvende invaliditeit van ____ % <input type="radio"/> Overlijden
6. Volgt de arbeidsongeschiktheid normaal uit het letsel zelf, zonder rekening te houden met welke andere omstandigheden ook	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Neen
7. Worden de gevolgen van de opgelopen letsels beïnvloed door de voorafbestaande gezondheidstoestand van het slachtoffer	<input type="radio"/> Ja (korte beschrijving gewenst) <input type="radio"/> Neen
8. Voorstel inzake behandeling	
9. Plaats waar het slachtoffer verzorgd wordt	

Ik verklaar dit formulier naar waarheid ingevuld te hebben.

Opgemaakt te op ____/____/____

Handtekening*

(* Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan)