

**OVERSEAS CONTACT**

Stijn Blommaert  
02 509 33 60  
[periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be](mailto:periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be)

**ADRES**

Victor Hortaplein 11  
1060 Brussel

## 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 getroffene	
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	Geen werkonderbreking
	Volledige arbeidsongeschiktheid van ___ ___ ___ dagen, vanaf ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___
	Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid van ___ ___ %, gedurende ___ ___ dagen
5. Waarschijnlijke gevolgen van de vastgestelde letsels	Genezing zonder enig restletsel
	Genezing met restletsels, die geen blijvende arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben
	Consolidatie met een blijvende invaliditeit van ___ ___ ___ %
	Overlijden
6. Volgt de arbeidsongeschiktheid normaal uit het letsel zelf, zonder rekening te houden met welke andere omstandigheden ook	Ja Neen
7. Worden de gevolgen van de opgelopen letsels beïnvloed door de voorafbestaande gezondheidstoestand van het slachtoffer	Ja (korte beschrijving gewenst) 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 aanvrager\*

(\* Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan)