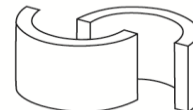


# RIJKSDIENST VOOR SOCIALE ZEKERHEID

O P E N B A R E I N S T E L L I N G V A N S O C I A L E Z E K E R H E I D

Victor Hortaplein 11 - 1060 BRUSSEL - Tel. 02 509 59 59 - Fax 02 509 30 19 - Internet: [www.rs.z.fgov.be](http://www.rs.z.fgov.be)  
Bezoekuren: van 9 tot 12 uur of op afspraak alle werkdagen behalve zaterdag



AD VII Overzeese Sociale Zekerheid – Dienst Periodieke Uitkeringen

Contactpersonen :  
Anda Martens

Telefoon :  
02/509 30 85

email :  
[periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be](mailto:periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be)

Aansluitingsnummer :

## MODEL A4 - MEDISCH GETUIGSCHRIFT VOLLEDIGE GENEZING ZONDER BLIJVENDE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

(1) <i>Naam en adres van de geneesheer</i>	De ondergetekende, (1) ..... .....
(2) <i>Het gepaste vakje aankruisen</i>	handelend in zijn hoedanigheid van <input type="checkbox"/> geneesheer geraadpleegd door de getroffen(e) (2) <input type="checkbox"/> raadsgeneesheer van de verzekeraar (2) onderzocht op .....
(3) <i>Naam van het slachtoffer</i>	de genaamde(3)..... slachtoffer van een ongeval op ..... en verklaart
(4) <i>De arbeidsongeschiktheid kan volledig of gedeeltelijk zijn. In geval van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid dienen de percentages vermeld te worden</i>	1. dat het ongeval aanleiding heeft gegeven tot volgende periodes van tijdelijke arbeidsongeschiktheid (4) ..... ..... 2. dat getroffen(e) het werk hervat heeft op ..... 3. dat getroffen(e) genezen is vanaf .....
(5) <i>Het gepaste vakje aankruisen</i> (6) <i>Beschrijving van de restletsels. De geneesheer dient vast te stellen of deze letsels van aard zijn een eventuele voorafbestaande toestand te beïnvloeden</i>	<input type="checkbox"/> 3.1 zonder enig restletsel (5) <input type="checkbox"/> 3.2 met de volgende restletsels, die geen blijvende arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben (5)(6) .....
(7) <i>De aard van het toestel (bril, tandprothese, e.d.) vermelden</i>	4. dat de genezing bereikt werd na de toekenning van de volgende prothesen of orthopedische toestellen, waarvan het gebruik als nodig werd erkend (7) ..... .....
Ik verklaar dit formulier naar waarheid ingevuld te hebben.	
Te....., op .....	
(handtekening en stempel geneesheer)	