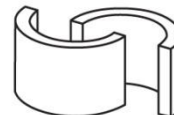


RIJKSDIENST VOOR SOCIALE ZEKERHEID

OPENBARE INSTELLING VAN SOCIALE ZEKERHEID

VICTOR HORTAPLEIN 11 - 1060 BRUSSEL - Tel. 02 509 59 59 - Fax 02 509 30 19 - Internet: www.rsz.fgov.be
Bezoekuren: van 9 tot 11.30 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

Aansluitingsnummer :

MODEL 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	<input type="checkbox"/> Geen werkonderbreking <input type="checkbox"/> Volledige arbeidsongeschiktheid van dagen, vanaf..... <input type="checkbox"/> Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid van%, gedurendedagen
5. Waarschijnlijke gevolgen van de vastgestelde letsels	<input type="checkbox"/> Genezing zonder enig restletsel <input type="checkbox"/> Genezing met restletsels, die geen blijvende arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben <input type="checkbox"/> Consolidatie met een blijvende invaliditeit van.....% <input type="checkbox"/> Overlijden
6. Volgt de arbeidsongeschiktheid normaal uit het letsel zelf, zonder rekening te houden met welke andere omstandigheden ook	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
7. Worden de gevolgen van de opgelopen letsels beïnvloed door de voorafbestaande gezondheidstoestand van het slachtoffer	<input type="checkbox"/> Ja (korte beschrijving gewenst) <input type="checkbox"/> Neen
8. Voorstel inzake behandeling	

9. Plaats waar het slachtoffer verzorgd wordt

Ik verklaar dit formulier naar waarheid ingevuld te hebben.

Te....., op

(handtekening)