



AD VII Overzeese Sociale Zekerheid – Dienst Periodieke Uitkeringen

Contactpersonen :  
Anda MartensTelefoon :  
02/509 30 85email :  
[periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be](mailto: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 .....%, gedurende .....dagen
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)