



4

<b>ATTEST VAN GENEZING OF VAN CONSOLIDATIE</b>		Polis nr. <u>515 891 118</u>
		Schade nr. _____
DOKTER .....	_____	
Wonende te .....	_____	
Straat Nr. ....	_____	
Getroffene : Naam - Voornaam	_____	
Adres .....	_____	
Geboortedatum .....	_____	
Naam van de Club van getroffene	_____	
Datum van het ongeval .....	_____	

De ondergetekende \_\_\_\_\_, geneesheer,  
 wonende te \_\_\_\_\_ verklaar dat  
 voormelde getroffene genezen is van zijn verwondingen en in staat is zijn bezigheden te  
 hervatten op \_\_\_\_\_  
 met een blijvende onbekwaamheid - zonder blijvende onbekwaamheid (\*).

De ongeschiktheid was :

volledig .. van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;

gedeeltelijk aan \_\_\_\_\_ % van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;

gedeeltelijk aan \_\_\_\_\_ % van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;

gedeeltelijk aan \_\_\_\_\_ % van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;

De in het attest van vaststelling bepaalde ongeschiktheid is overschreden; ziehier de reden :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Er is — Er is geen — blijvende onbekwaamheid . (\*)

De nasleep is : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gedaan te \_\_\_\_\_, op \_\_\_\_\_  
 (Handtekening)

(\*) Het onnodige schrappen

**BEHANDELINGSKOSTEN**

De honoraria moeten door de getroffene worden betaald tegen afgifte van de attesten voor gezondheidsverstrekking om tegemoetkoming van het Ziekenfonds te genieten. Opdat wij onze eigen tegemoetkoming kunnen bepalen, gelieve ons een gedetailleerde staat te bezorgen van de verstrekte prestaties met vermelding van de Z.I.V.-nomenclatuur, het aantal en de datum van de prestaties en de respectieve bedragen die zijn betaald. Wij danken u voor uw medewerking.