

Na invulling te sturen naar:

Vosog-Dienst Verzekeringen
 p.a. Dhr. J Brans
 Teniersstraat 150 1800 Vilvoorde
 Tel/fax 02 251 48 35

- 1 Patiënt : naam, voornaam, geboortedatum
 Patient: nom, prénom, date de naissance
 Volledig adres / adresse complète
- 2 Stam/kernnummer / Numéro du groupe :
 Stam/kernnaam / Nom du groupe :
- 3 Datum van het schadegeval / date du sinistre :
- 4 Oorzaak / Cause : ongeval of ziekte? Accident ou maladie ?
- 5 Datum, uur, plaats van eerste behandeling:
 Date, heure, lieu du premier traitement :
- 6 Diagnose : soort, aard en ernst van het letsel/aandoening+locatie ervan :
 Diagnostic : sorte, nature et gravité des lésions/de l'affection + localisation :
- 7 Met welk ander en/of vroeger ongeval of ziekte bestaat er een verband ?
 Existe-t-il un rapport avec un autre accident/maladie ou avec un(e) accident/maladie antérieur(e) ?
- 8 Betreft het een hervallen ?
 S'agit-il d'une récidence ?
- 9 Prognose :
 - Volledig herstel / rétablissement complet :
 - Tijdelijke werkongeschiktheid : dagen aan %
 Incapacité temporaire de travail :jours, à %
 - Blijvende invaliditeit / invalidité permanente : %
- 10 Aard van de toegepaste behandeling / Nature du traitement instauré ?
- 11 Aard van de voorziene behandeling / Nature du traitement prévu ?
- 12 Oordeelt U de tussenkomst nodig van een ander geneesheer (specialist, chirurg, enz.)
 Jugez-vous nécessaire l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, etc.)
- 13 Oordeelt U hospitalisatie nodig ?
 Jugez-vous l'hospitalisation nécessaire ?
- 14 Aangeraden vervoermiddel om medische redenen :
 - voor het eerste vervoer :
 - voor het later vervoer :
 Moyen de transport recommandé pour raison médicale :
 - pour le premier transport :
 - pour les transports ultérieurs :

Naam, adres, stempel van de geneesheer :
 Nom, adresse, cachet du médecin :

Opgemaakt te / Fait à op / le 2...

Handtekening van de geneesheer
 Signature du médecin