



MODEL B: doktersattest arbeidsongeval

Mail dit formulier naar
daw.arbeidsongevallen@ocmw.gent

Opgelet: stuur dit formulier en eventuele verlengingen
niet naar de mailbox voor gewone ziektemeldingen

In te vullen door de medewerker:

Voornaam	
Achternaam	
Geboortedatum	/ /
Straat	postcode:
Gemeente	
Dienst	
Verblijfplaats tijdens arbeidsongeval	(ook ziekenhuis)

In te vullen door de behandelende arts:

Naam arts:	
Specialisatie	
Datum arbeidsongeval	/ /
Periode arbeidsongeschiktheid	van / / tot / /
Aard van arbeidsongeval	<input type="checkbox"/> nieuw <input type="checkbox"/> verlenging <input type="checkbox"/> operatie <input type="checkbox"/> herval <input type="checkbox"/> opname
Letsel of klinische gegevens	
Eventuele therapie of bijkomende opmerkingen	
Vastgesteld letsel te wijten aan het aangehaalde ongeval?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Behoudens verwikkelingen datum werkhervatting	/ /

Datum consultatie: / /
Uur consultatie: uur minuten

Handtekening en stempel arts

