

GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

Dokter (naam en adres of stempel)	Slachtoffer (naam)
	Datum ongeval:/...../.....
Datum van het eerste geneeskundig onderzoek:/...../.....	

TYPE LETSEL

LICHAAMSDE(E)L(EN)

Om meerdere letsels aan te geven, kan je gebruik maken van een nummering achter de letsels en lichaamsdelen.

<input type="checkbox"/> Spierverrekking <input type="checkbox"/> Peesverrekking <input type="checkbox"/> Spierscheur (ruptuur) <input type="checkbox"/> Peesscheur (ruptuur) <input type="checkbox"/> Kneuzing (contusio) <input type="checkbox"/> Verstuiking ([dis]torsie) <input type="checkbox"/> Breuk <input type="checkbox"/> Ontwrichting (luxatie) <input type="checkbox"/> Brandwonde <input type="checkbox"/> Schaafwonde <input type="checkbox"/> Snijwonde <input type="checkbox"/> Hersenschudding zonder syncope <input type="checkbox"/> Hersenschudding met syncope <input type="checkbox"/> Tandletsel <p style="text-align: center;">Andere/meer:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">Hoofd en aangezicht</p> <input type="checkbox"/> Hoofd <input type="checkbox"/> Aangezicht <input type="checkbox"/> Ogen L / R <input type="checkbox"/> Oren L / R <input type="checkbox"/> Neus <input type="checkbox"/> Mond <p style="text-align: center;">Nek en romp</p> <input type="checkbox"/> Hals/nek L / R <input type="checkbox"/> Borst/buik L / R <input type="checkbox"/> Rug L / R <input type="checkbox"/> Geslachtsdelen L / R <p style="text-align: center;">Bovenste ledematen</p> <input type="checkbox"/> Schouder L / R <input type="checkbox"/> Bovenarm L / R <input type="checkbox"/> Elleboog L / R <input type="checkbox"/> Onderarm L / R <input type="checkbox"/> Pols L / R <input type="checkbox"/> Hand L / R <input type="checkbox"/> Vingers L / R	<p style="text-align: center;">Onderste ledematen</p> <input type="checkbox"/> Heup L / R <input type="checkbox"/> Lies L / R <input type="checkbox"/> Bovenbeen L / R <input type="checkbox"/> Knie L / R <input type="checkbox"/> Onderbeen L / R <input type="checkbox"/> Enkel L / R <input type="checkbox"/> Hiel L / R <input type="checkbox"/> Voet L / R <input type="checkbox"/> Tenen L / R <p style="text-align: center;">Andere/meer:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---	--

VRAGENLIJST

1) Bent u van mening dat bovenstaande verwondingen het gevolg zijn van het vermelde ongeval? Ja Nee

2) Heeft het slachtoffer in het verleden reeds dezelfde klachten/letsels gehad?

Nee

Ja. Het slachtoffer was niet volledig hersteld (herval).

Ja. Het slachtoffer was volledig hersteld (recidief).

3) Vond er een heelkundige ingreep plaats? Ja Nee

4) Verwachte duur van behandeling:

Nihil 1 tot 2 maanden

1 tot 14 dagen Meer dan 2 maanden

15 tot 30 dagen

5) Voorziet u volledige genezing? Ja Nee Niet te bepalen

6) Wanneer verwacht u dat het slachtoffer zijn/haar sport 100% kan hervatten?

Onmiddellijk Meer dan 2 maanden

1 tot 14 dagen Niet te bepalen

15 dagen tot 2 maanden

Handtekening arts