Federatie : **VLSU** **vzw** / Polis nr. . **L.O. 1.102.194** **B.A. 1.102.195** CLUB : **BSC**	NIEUWE AANGIFTE	BESTAAND DOSSIER Dossier nr. : .....

à remplir par le médecin

CERTIFICAT MEDICAL

1) Nom du médecin .....

Adresse .....

Tel. n° ..... E-mail .....

2) Nom de la victime .....

Adresse .....

3) Date de l'accident ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

4) Date et heure à laquelle vous avez examiné la victime ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ à ☐☐ . ☐☐ hrs.

5) Quelle est la nature des lésions encourues et quelles parties du corps ont été touchées ?

.....

.....

.....

.....

- S'âgit-il d'une lésion due à un traumatisme aigu ? ☐ oui ☐ non
- Y a-t-il une anamnèse ? ☐ oui ☐ non
- La lésion peut-elle être due à ou être influencée par un processus progressif ou une prédisposition ? ☐ oui ☐ non
- Remarques : .....

6) Durée prévue du traitement .....

7) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités normales ? ☐ oui ☐ non

- Totalement pendant ..... jours.
- Partiellement pendant ..... jours.

8) Estimez-vous que l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste est indispensable ? ☐ oui ☐ non

- Si oui, laquelle ? .....

9) L'accident entrainera-t-il une incapacité permanente ou peut-on espèrer le rétablissement complet ?

.....

ANTECEDENTS

10) La victime était-elle antérieurement à l'accident mutiliée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie ?

.....

11) L'anamnèse révèle-t-elle que dans le passé la victime a déjà eu un accident ou présenté des symptômes ayant ou non donné lieu au traitement des lésions du même type de celles que vous avez constatées actuellement ?

.....

S'agit-il éventuellement d'une récidive ? .....

Fait à ..... *Signature et cachet du médecin*

En date du ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐