

# Geneeskundig getuigschrift

(door uw arts in te vullen)

## verzekerde

naam: .....

geboortedatum

## ziekte

diagnose: .....

verduidelijking behandeling: .....

datum eerste raadpleging bij u

## ongeval

letsels: .....

verduidelijking behandeling: .....

datum eerste raadpleging bij u

## arbeidsongeschiktheid

ingangsdatum

periode: .....% : van  tot

.....% : van  tot

.....% : van  tot

.....% : van  tot

vermoedelijke datum werkhervatting

effectieve datum werkhervatting

Opgemaakt op  te .....

**de dokter, (handtekening en stempel)**