

Ärztliches Attest (vom Arzt auszufüllen)
Bitte so schnell wie möglich an den Empfänger zurücksenden.

Empfänger :
ADESIO Assurances ASBL
Chaussée de Marche 604 – 5101 Erpent
 Email : sinistre@adesio.be
 Tél. général : 078/150154

NAME UND VORNAME DES OPFERS:
 DATUM DES UNFALLS: SchadensfallNr.:
 Schule:
 Police-Nr.:

Tag, Uhrzeit und Ort der ersten Untersuchung	
UMFASSENDE DIAGNOSE DER BEEINTRÄCHTIGUNG Objektive Symptome: (bitte sehr genau Art, Form und Schwere der Verletzungen sowie die betroffenen Körperteile angeben)	
SUBJEKTIVE Symptome nach Angaben des Verletzten	
Datum und Ursache der Verletzungen nach Angaben des Verletzten	
Sind die Angaben des Verletzten zur Ursache und zum Zeitpunkt des Unfalls angesichts der objektiven Befunde wahrscheinlich oder nicht? Wenn nicht, welcher Befund deutet darauf hin?	
Ist der Verletzte uneingeschränkt oder eingeschränkt arbeitsfähig? Wenn nicht, ab welchem Datum musste er die Arbeit einstellen?	
Wie lange wird die Behandlung schätzungsweise dauern?	
PROGNOSE: A – Vollständige Genesung B – Bleibende Voll- oder Teilinvalidität C – Todesfall	
Gibt es eine Vorgeschichte beim Verletzten, die normalerweise auf eine Verschlimmerung der Unfallfolgen schließen lässt? Vorherige Beeinträchtigungen:	
Wird ständige Pflege erteilt? Wo und von wem?	
Halten Sie es für sinnvoll, einen anderen Arzt einzuschalten (Facharzt, Chirurg, Röntgenologe usw.) und warum?	
Erachten Sie es im Sinne des Verletzten oder der Versicherungsgesellschaft für angeraten, das Opfer in ein Krankenhaus einweisen zu lassen? Warum?	
Zusätzliche Anmerkungen:	

Ausgestellt in am 20...

Unterschrift des Arztes

Name und Adresse oder Stempel des Arztes