



Datum ongeval: _____

Club: _____

Aansluitingsnr: _____

Naam: _____

Beschrijving van het ongeval: _____

Gedeelte in te vullen door het slachtoffer

Met het oog op een vlot beheer van mijn schadedossier, en enkel daartoe, geef ik, het slachtoffer van onderhavig ongeval, hierbij mijn toestemming wat betreft de verwerking van medische gegevens die op mij betrekking hebben, zoals beschreven in de "Privacyverklaring" die kan geraadpleegd worden op www.arena-nv.be/PRIVACYVERKLARING.pdf. Conform de AVG heb ik recht op inzage, rechtzetting, portabiliteit, verzet en wissing van mijn gegevens (arena@arena-nv.be).

Handtekening slachtoffer of de ouders/wettelijke voogd (voor kinderen van minder dan 13 jaar)

Gelieve een kleefbriefje "ziekenfonds" van de gekwetste aan te brengen a.u.b.

Gedeelte in te vullen door de behandelende geneesheer

1. Datum van het eerste medisch onderzoek _____ / _____ /20 _____

2. Wat zijn de aard en de ernst van de kwetsuren of de letsels ?

3. Acht U de tussenkomst noodzakelijk van een kinesitherapeut of fysiotherapeut JA / NEEN
Hoeveel zittingen zijn noodzakelijk ?

Indien er later toch meer zittingen nodig blijken, dient de speler of de club ons een kopie van het medische voorschrift over te maken, VOORALEER de nieuwe reeks aanvangt.

4. Gaat het om een herval? JA / NEEN

5. Gaat het om een voorafgaandelijke toestand ? JA / NEEN
(gebrek, ziekte of was het slachtoffer verminkt ?)

6. Acht U het mogelijk dat het vastgestelde letsel het gevolg kan zijn van het vermelde ongeval? JA / NEEN

7. Gevolg van het ongeval:

Volledige werkonbekwaamheid JA / NEEN gedurende _____ dagen

Gedeeltelijke werkonbekwaamheid JA / NEEN gedurende _____ dagen

Sportieve werkonbekwaamheid JA / NEEN gedurende _____ dagen

8. Zal het ongeval een blijvende invaliditeit veroorzaken ? JA / NEEN

9. Mag men een volledig herstel verwachten ? JA / NEEN

10. Hebt U bij uw vaststellingen geen voorbehoud of een bijzondere vaststelling ? Zoja, welke ?

De geneesheer: _____ Afgeleverd te _____ Op _____ / _____ /20 _____



INLICHTINGENBLAD ONGEVAL

NAAM :

VOORNAAM :

GEBOORTEDATUM :/..../....

DATUM ONGEVAL :/..../....

IS DE GEKWETSTE GEDEKT DOOR EEN PRIVE HOSPITALISATIE
VERZEKERING ? ZO JA ? WELKE MAATSCHAPPIJ :

.....
...../ TEL.....

FUNCTIE : SPELER , TRAINER ,

TIJDENS WELKE WEDSTRIJD :/

TIJDENS WELKE TRAINING :

OP WELK SPEELVELD :

HOE IS HET ONGEVAL GEBEURD :

.....
.....
.....
.....

REKENINGNUMMER :

KLEEFBRIEFJE ZIEKENFONDS VOORZIEN !!!!!

TE KLEVEN OP FORMULIER " AANGIFTE VAN ONGEVAL "

HANDTEKENING SLACHTOFFER NIET VERGETEN !!!!!

BIJ GEDEELTE IN TE VULLEN DOOR HET SLACHTOFFER OP FORMULIER " MEDISCH GETUIGSCHRIFT "