

## ärztliches Attest

Nummer der Police

Bitte zurücksenden an:  
Ethias - Niederlassung für Flandern  
Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt  
Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20  
**DIENST 2172**

1) Name, Vorname des Arztes	<input type="text"/>
	(in DRUCKSCHRIFT bitte)
Wohnsitz	<input type="text"/>
2) Name, Vorname des Verletzten	<input type="text"/>
	(in DRUCKSCHRIFT bitte)
Wohnsitz	<input type="text"/>
3) Unfalldatum	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
4) Tag, Datum und Stunde der ersten Untersuchung	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> Uhr
5) Diagnose (die Art der Verletzungen und die verletzten Körperteile angeben)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
6) In welcher Anstalt wird der Verletzte behandelt?	<input type="text"/>
7) Kann der Verletzte sich fortbewegen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
8) Voraussichtliche Dauer der ärztlichen Behandlung	<input type="text"/>
9) Voraussichtliche Folgen?	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
10) Ist der beschriebene Unfall die Ursache der festgestellten Verletzungen (Nr. 6)?	<input type="text"/>
11) Besteht ein Zusammenhang mit früheren Umständen, wie Gebrechen, Krankheiten oder Unfällen?	<input type="text"/>
Falls ja, welcher?	<input type="text"/>
12) a. Wurde eine chirurgische Behandlung vorgenommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Welche?	<input type="text"/>
In welcher Anstalt von welchem Chirurgen?	<input type="text"/>
b. Wurde eine Untersuchungs- oder Kontrollröntgenaufnahme gemacht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<input type="text"/>
c. Wünschen Sie das Eingreifen eines Facharztes?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
13) Verschiedene Bemerkungen	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

**NB: Ethias zahlt die gesetzlichen Rückerstattungssätze der Krankenkasse übersteigenden Behandlungskosten, und gibt im voraus ihre Einwilligung für jede spezielle Behandlung, die durch den Vertrauensarzt der Krankenkasse genehmigt wurde.**

Ausgestellt zu \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_