

# ärztliches Attest

Nummer der Police

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

1) Name, Vorname des Arztes   
(in DRUCKSCHRIFT bitte)

Wohnsitz

2) Name, Vorname des Verletzten   
(in DRUCKSCHRIFT bitte)

Wohnsitz

3) Unfalldatum  .  .

4) Tag, Datum und Stunde der ersten Untersuchung  .  .  Uhr

5) Diagnose (die Art der Verletzungen und die verletzten Körperteile angeben)

6) In welcher Anstalt wird der Verletzte behandelt?

7) Kann der Verletzte sich fortbewegen?  ja  nein

8) Voraussichtliche Dauer der ärztlichen Behandlung

9) Voraussichtliche Folgen?

10) Ist der beschriebene Unfall die Ursache der festgestellten Verletzungen (Nr. 6)?

11) Besteht ein Zusammenhang mit früheren Umständen, wie Gebrechen, Krankheiten oder Unfällen?

Falls ja, welcher?

12) a. Wurd eine chirurgische Behandlung vorgenommen?  ja  nein

Welche?

In welcher Anstalt von welchem Chirurgen?

b. Wurde eine Untersuchungs- oder Kontrollröntgenaufnahme gemacht?  ja  nein

c. Wünschen Sie das Eingreifen eines Facharztes?  ja  nein

13) Verschiedene Bemerkungen

**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**