

# ÄRZTLICHES ATTEST



1F3C8D-000031-01-080417

Name, Vorname, Fachrichtung,  
Adresse

\_\_\_\_\_

Name, Vorname, Adresse des  
Opfers

\_\_\_\_\_

Bericht : Die Art der  
Verletzungen, die betroffenen  
Körperteile: gebrochener Arm,  
Gehirnerschütterung, Prellungen,  
Quetschungen, innere Verletzungen  
Erstickung etc.

\_\_\_\_\_

Sichere oder vermutete Folgen der  
festgestellten Verletzungen: Tod  
- vollkommen oder teilweise  
bleibende Behinderung -  
vollkommen oder teilweise  
zeitweilige Behinderung mit  
Angabe der vermuteten Dauer der  
Behinderung.

\_\_\_\_\_

Der Arzt hat die Behinderung  
festzustellen, die aus der  
Verletzung folgt, ohne andere  
Umständen mit zu berücksichtigen.

\_\_\_\_\_

Bericht nach dem Fall, ob der  
Verletzte in seinem Haus, in dem  
Haus des Arztes, in einem  
Krankenhaus oder wo auch immer er  
aufgenommen wird, auch versorgt  
wird.

\_\_\_\_\_

Falls der Arzt dieser Überzeugung  
ist, sind die Gründe davon  
sorgfältig anzugeben, um die  
Verwaltung in Stand zu stellen,  
in voller Kenntnis der Sache eine  
entsprechende Entscheidung zu  
fassen.

Der Unterzeichnende  
**POCKELE Patrick Etienne**, Allgemeinmediziner,  
Paleizenplein 7, 1000 Brüssel

hat  
Herrn **MICHEL** ,Gospertstrasse 18, 4700 Eupen

nach dem Unfall vom  
.....

untersucht,

und erklärt:

1. dass der Unfall folgende Schäden zur  
Folge hat:

- Bruch der linken Augenhöhle;
- Prellungen auf der Höhe der Rippen und am  
linken Arm;

2. dass diese Schäden zur Folge gehabt  
haben (haben werden):

- Eine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit von  
ca. drei (3) Monaten;

3. dass die Arbeitsunfähigkeit an  
folgendem Datum beginnt (beginnen wird)  
:

.....

4. dass der Verletzte versorgt wird im:

St. Nikolaus-Hospital Eupen, Abteilung  
Orthopädie und Traumatologie

5. dass er (nicht) überzeugt ist, dass die  
festgestellten Verletzungen oder  
Krankheiten eine Folge des Unfalls  
sind:

Ausgefertigt, .....

(Unterschrift)