

D I E N S T H O O F D	ONGEVALSONDERZOEK		Uit te voeren binnen de 2 werkdagen na het ongeval.		
	<i>Dit vak dient te worden aangevuld door het diensthoofd, vervolgens geïmprimeerd door het afdelingshoofd en bezorgd aan de preventiedienst die een kopie overmaakt aan de algemeen directeur.</i> <i>Doe dit onderzoek niet alleen! U kunt beroep doen op het slachtoffer, werkleiding, de interne dienst PBW, andere diensten,</i>				
	Normale werkuren op de dag van het ongeval: Voormiddag van tot Namiddag van tot Werkverlet: vanaf om uur – tot en met				
	Voerde het slachtoffer zijn gewone taak uit? Ja / Neen				
	Wat is er precies gebeurd? Uitvoerig te beschrijven.				
	Welke persoonlijke beschermingsmiddelen droeg het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval? ☐ Handschoenen ☐ Gelaatscherm / bril ☐ Naaldcontainer ☐ Veiligheidsschoenen ☐ Arbeidskledij (specifiek) ☐ Andere:				
	Wat is, volgens u, de oorzaak van het ongeval? (denk aan de 5x 'waarom?') (Voorbeeld: Viel van trap, WRM viel hij/zij van trap ANTW: was gehaast, WRM was zij gehaast ANTW: het was druk, WRM was het druk ANTW: waren onderbemand, WRM waren jullie onderbemand ANTW: veel zieke, WRM waren er veel zieken ANTW: zij wilden geen griepvaccin)				
Wat kunt <u>u</u> doen opdat dit ongeval in de toekomst niet meer opnieuw zal gebeuren?					
Naam Datum Paraaf	Slachtoffer:	Diensthoofd:	Afdelingshoofd:	IDPBW:	Algemeen directeur:

Beste Werknemer,

wilt u de volgende pagina's aan uw arts bezorgen.

Uw arts dient ***pagina 4/5 (Medisch attest)*** onmiddellijk en zo volledig mogelijk (graag ook leesbaar) in te vullen. De gegevens zijn van uitermate belang voor het doorgeven aan de arbeidsongevallenverzekering.

Dit document bezorgt u dan onmiddellijk aan de personeelsdienst, gelieve ook een klever van de mutualiteit te bezorgen.

Pagina 5/5 (Genezingsgetuigschrift) dient uw arts bij te houden voor de verder afhandeling van uw dossier.

U verwittigt best ook uw mutualiteit inzake uw arbeidsongeval. Indien het ongeval niet erkend wordt, dan kan u bij langdurige afwezigheid genieten van een vervangingsinkomen van uw mutualiteit.

Voor verdere vragen, mag u steeds de personeelsdienst van het Woon- en Zorgbedrijf Wervik contacteren:

☎ : 056 95 25 30



personeelsdienst@wzbwervik.be

Exemplaar bestemd voor Ethias
 Gemeenschappelijke verzekeringskas tegen arbeidsongevallen
 Prins Bisschopssingel, 73 3500 HASSELT - Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 28 26 00

MEDISCH ATTEST

- (1) Naam, voornaam, hoedanigheid en adres van de arts.
- (2) Naam, voornaam, adres van de getroffene.
- (3) Vermelden: de soort en de aard van de letsels en de getroffen lichaamsdelen (armbreuk, hoofd- of vingerkneuzing, inwendig letsel, verstikking, enz.).
- (4) De zekere of vermoedelijke gevolgen van het vastgestelde letsel vermelden: overlijden, algehele of gedeeltelijke blijvende ongeschiktheid, algehele of gedeeltelijke tijdelijke ongeschiktheid, met opgave van de vermoedelijke duur van die tijdelijke ongeschiktheid
- (5) De geneesheer dient vast te stellen of de ongeschiktheid normaal uit het letsel zelf volgt, zonder rekening te houden met welke andere omstandigheden ook.
- (6) Vermelden waar de getroffene verzorgd wordt.

De ondergetekende (1)
 heeft (2)

onderzocht na het ongeval dat haar/hem op is overkomen
 Hij verklaart:

1° dat het ongeval volgende letsels heeft veroorzaakt (3)

2° dat die letsels tot gevolg hebben (zullen hebben) (4)

3° dat de ongeschiktheid begon (zal beginnen) op (5)

4° dat de getroffene verzorgd wordt (6)

Opgemaakt te, op om u.

Handtekening

Aanvullende verklaringen

1. Is er een samenloop van omstandigheden, zoals gebreken, kwalen of ziekte, die verwikkelingen laten vrezen? Zo ja, Welke?:	☐ JA ☐ NEEN
2. Wanneer heeft het slachtoffer voor het eerst uw hulp ingeroepen?	Op omuur
3. Moet men een noodlottige afloop vrezen?	☐ JA ☐ NEEN
4. Moet men een blijvende invaliditeit vrezen?	☐ JA% ☐ NEEN
5. Werd er overgegaan tot een heilkundig ingrijpen? Welke? In welke inrichting en door welke chirurg?	☐ JA ☐ NEEN
6. Kan de gekwetste zich verplaatsen?	☐ JA ☐ NEEN

Exemplaar bestemd voor Ethias

Prins Bisschopssingel, 73 – 3500 HASSELT - Tel. 011/28.21.11 - Fax 011/28.26.00

GENEZINGSGETUIGSCHRIFT

Naam, voornaam en woonplaats van de geneesheer	
Werkgever	WOON- EN ZORGBEDRIJF WERVIK - Polisnummer: 06061890
Naam, voornaam en woonplaats van de gekwetste	
Datum van het ongeval	
Datum der genezing	
Datum van de werkherneming	
Blijft er een blijvende invaliditeit bestaan ?	
Duur van de volledige werk-ongeschiktheid	dagen, zegge van tot inbegrepen
Duur en graad v. d. gedeeltelijke werkongeschiktheid	dagen, zegge van tot inbegrepen tegen %dagen, zegge van tot inbegrepen tegen %

HONORARIUMSTAAT

ALS U DE BETALING VAN UW HONORARIA DOOR MIDDEL VAN HET BIJGAANDE DOCUMENT TERUGVORDERT, MAG GEEN GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP WORDEN AFGELEVERD.

Over te schrijven op rekening nr
van dokter, te

Data van verzorging	Nummer, referentie der naamlijst van het wettelijk tarief	Bedrag van het honorarium
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
		Totaal :