

AANGIFTEFORMULIER "LICHAMELIJKE ONGEVALLLEN"

Gelieve het formulier over te maken aan : V.J.J.F. - DRAKENHOF LAAN 160 - 2100 DEURNE

INLICHTINGEN OMTRENT UW CLUB EN / OF UW FEDERATIE

Polisnummer : **L.O. 1.113.482**
B.A. 1.113.483



Benaming van uw club : **Yawara Landen**

Naam en adres clubverantwoordelijke : **Eddy Lecocq, Op de Muur 9 te 3400 Landen**

Tel. nr. / GSM : **+32 472 440 712**

E-mail : **yawara.landen@gmail.com**

INLICHTINGEN OMTRENT HET SLACHTOFFER

Naam

Voornaam

Adres

Geboortedatum / / M V Beroep

Clublid sedert / / Nr. federale lidkaart

U was op het ogenblik van het ongeval : beoefenaar official scheidsrechter instructeur
 toeschouwer andere :

E-mail

IBAN NR. BIC NR.

INLICHTINGEN OMTRENT HET ONGEVAL

Datum van het ongeval / / Dag Uur

Plaats van het ongeval

Beschrijving van het ongeval (oorzaken, omstandigheden, gevolgen)

Schets (bij te voegen indien het een verkeersongeval betreft)

.....

.....

Gelieve m.b.t. de lichamelijke letsels bijgevoegd medisch getuigschrift te laten invullen door uw geneesheer.

Tijdens welke soort activiteit vond het ongeval plaats ? Clubtraining Wedstrijd Opleiding Initiatie/zelfverd.curs.

Fed./prov./wedstr. training Afzonderlijk onderschreven dekking "Tijdelijke Risico's" Andere :

Tijdens deelname aan een clubactiviteit Stage Op weg naar of van de clubactiviteit

Tijdens deelname aan een activiteit buiten clubverband Gebruikte vervoermiddel

Graad: Dan Kyu (kleur) Aantal jaren training in ju-jitsu: Minder dan 1 1 tot 3 4 of meer

Gemiddeld aantal uren training Nvt (passief lid) Minder dan 1 1 tot minder dan 2

per week (buiten vakanties): 2 tot minder dan 5 5 of meer

FEDERATIE : VLAAMSE JU-JITSU FEDERATIE vzw CLUB : Yawara Landen	NIEUWE AANGIFTE	BESTAAND DOSSIER Dossier nr. :
--	-----------------	---

in te vullen door de geneesheer

DEEL 1

GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

- 1) Naam van de geneesheer
- Adres
- Tel. nr. E-mail
- 2) Naam van de gekwetste
- Adres
- 3) Datum van het ongeval / /
- 4) Datum en uur waarop U de gekwetste onderzocht / / om . uur
- 5) Kan het letsel te wijten zijn aan of beïnvloed zijn door een progressief proces of predispositie ? ja neen
- Opmerkingen :
-
- 6) Is het slachtoffer geheel of gedeeltelijk onbekwaam zijn normale activiteiten uit te oefenen ? ja neen
- Geheel gedurende dagen.
- Gedeeltelijk gedurende dagen.
- 7) Zal het ongeval een blijvende invaliditeit voor gevolg hebben of mag een volledig herstel verwacht worden ?
-

ANTECEDENTEN

- 8) Was het slachtoffer vóór het ongeval verminkt of aangetast door gebrek of ziekte ?
-
- 9) Blijkt uit de anamnese dat het slachtoffer in het verleden reeds een ongeval heeft gehad of klachten die al dan niet aanleiding hebben gegeven tot behandeling van soortgelijke letsels als deze thans door U vastgesteld ?
-
- Betreft het gebeurlijk een hervallen ?

in te vullen door de geneesheer

DEEL 2

Kwetsuur (meer dan 1 mogelijk)	Lichaamsdeel (meer dan 1 mogelijk)	Verplichte herstelperiode
<p>Buiten bewustzijn geweest</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<p>Hoofd en aangezicht</p> <input type="checkbox"/> Hoofd <input type="checkbox"/> Tandem <input type="checkbox"/> Ogen <input type="checkbox"/> Oren	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Geen-14 dagen (2 weken) <input type="checkbox"/> 15 dagen-5 weken <input type="checkbox"/> Langer dan 5 weken
<p><u>Type kwetsuur:</u></p> <p>Botkwetsuur</p> <input type="checkbox"/> Breuk <input type="checkbox"/> Ontwrichting <input type="checkbox"/> Kraakbeenscheur/barst	<p>Nek en romp</p> <input type="checkbox"/> Hals/nek <input type="checkbox"/> Borst en buik <input type="checkbox"/> Rug <input type="checkbox"/> Geslachtsdelen	<p>Bijkomend onderzoek</p> <p>Nieuw sportmedisch onderzoek is nodig voor hervatting sportactiviteit</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<p>Weke delen</p> <input type="checkbox"/> Hersenschudding <input type="checkbox"/> Kras <input type="checkbox"/> Kneuzing (<i>incl. haematoom</i>) <input type="checkbox"/> Schaaf- of snijwonde <input type="checkbox"/> Brandwonde / blaar <input type="checkbox"/> Spier- of peesverrekking <input type="checkbox"/> Spier- of peesscheur <input type="checkbox"/> Peesontsteking <input type="checkbox"/> Verstuiking <input type="checkbox"/> Ligamentscheur <input type="checkbox"/> Slijmbeursontsteking <input type="checkbox"/> Overbelasting zenuwstelsel	<p>Bovenste ledematen</p> <input type="checkbox"/> Schouder <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Elleboog <input type="checkbox"/> Pols <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> Vingers	<p>De tussenkomst van een specialist en/of radioloog is noodzakelijk</p> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (welke):
<p>Acuut traumatisch letsel</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<p>Onderste ledematen</p> <input type="checkbox"/> Heup <input type="checkbox"/> Been <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Voet <input type="checkbox"/> Tenen
<p><input type="checkbox"/> Ander / extra:</p>	<p>Voorgeschiedenis</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
.....	<p>Bij meervoudige kwetsuur, verduidelijk kort:</p>

Opgemaakt te

Handtekening en stempel van de geneesheer

Op datum van / /