

## AANGIFTEFORMULIER "LICHAMELIJKE ONGEVALLEN"

Gelieve het formulier naar het secretariaat van uw federatie te sturen op volgend adres :  
**V B S L - BOOMGAARDSTRAAT 22 / Bus 30 - 2600 BERCHEM**

### INLICHTINGEN OMTRENT UW CLUB EN / OF UW FEDERATIE

Polisnummer : L.O. 1.115.500  
B.A. 1.115.501

**VLAAMSE BASEBALL EN  
SOFTBALL LIGA vzw**



Benaming van uw club .....

Naam en adres clubverantwoordelijke .....

Tel. nr. / GSM ..... E-mail .....

### 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  officieel  scheidsrechter  
 toeschouwer  andere : .....

Rekeningnummer    -        -   E-mail .....

### 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 ?  Training  Officiële competitiewedstrijd / kamp  
 Vriendenwedstrijd / kamp  Afzonderlijk onderschreven dekking "Tijdelijke Risico's"  Andere : .....

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

Tijdens deelname aan een activiteit buiten clubverband Gebruikte vervoermiddel .....



*vom Arzt aus zu füllen***ÄRZTLICHES ATTEST**

1) Name, Vorname und Adresse des Arztes .....

.....

Tel. Nr./GSM ..... E-Mail .....

2) Name, Vorname und Adresse des Verletzten .....

.....

3) Datum des Unfalls   /   /    4) Datum und Stunde der ersten Untersuchung   /   /     Um   .   Uhr

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

.....

.....

.....

➤ Handelt es sich um eine Verletzung, die auf ein akutes Trauma zurück zu führen ist?  ja  nein➤ Gibt es eine Anamnese?  ja  nein➤ Kann die Verletzung auf einen schleichenden Prozess oder eine Veranlagung zurück zu führen oder hierdurch beeinflusst worden sein?  ja  nein

➤ Bemerkungen : .....

6) Voraussichtliche Dauer der ärztlichen Behandlung .....

7) Voraussichtliche Folgen des Unfalls:

➤ Vollständige Arbeitsunfähigkeit ..... Tage, vom   /   bis zum   /   /    ➤ Teilweise Arbeitsunfähigkeit ..... Tage, vom   /   bis zum   /   /     zu .....%8) Wünschen Sie das Eingreifen eines Facharztes oder eines Röntgenologen?  ja  nein

➤ Falls ja, welcher Art? .....

9) Rechnen Sie mit einer dauernden Arbeitsunfähigkeit oder mit einer vollständigen Genesung?

.....

**VORGESCHICHTE**

10) Glauben Sie, dass die festgestellte Verletzung eine Folge des auf Seite 1 beschriebenen Unfalls ist?

 ja  nein

11) Besteht ein Zusammenhang mit einem früheren Umstand (Gebrechen, Schmerzen oder Krankheiten) ?

 ja  nein

Falls ja, welcher ? .....

Ausgestellt in .....

*Unterschrift und Stempel des Arztes*am   /   /