



GEZONDHEIDSCENTRUM
NEEROETEREN

KINESITHERAPIE BIJ ARBEIDSONGEVALLEN

NAAM:

DATUM ONGEVAL:/...../.....

WERKGEVER:
.....

VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ:

○ **NAAM:**

○ **ADRES:**
.....

ONGEVALNUMMER:

OF

DOSSIERNUMMER:

EVENTUEEL:

POLISNUMMER:

Gelieve dit inlichtingenblad ingevuld te willen terugbezorgen aan uw kinesiist.