



## Kinesitherapie bij arbeidsongevallen

### Identiteit:

Naam: .....

Datum ongeval: ... / ... / .....

Werkgever: .....

### Verzekeringsmaatschappij:

Naam: .....

Adres: .....

.....

Ongevalnummer: .....

*of*

Dossiernummer: .....

*eventueel*

Polisnummer: .....

Geleef dit inlichtingenblad ingevuld te willen terugbezorgen aan uw kinesiist