

Gelieve het aangifteformulier binnen de 10 dagen naar het secretariaat van uw federatie te sturen op volgend adres :
FROS Multisport Vlaanderen vzw - HUIS VAN DE SPORT – BOOMGAARDSTRAAT 22 / Bus 35 – 2600 BERCHEM
T. 03 286 58 37 - F. 03 286 58 38 - leden@fros.be - www.fros.be

SLACHTOFFER

Naam: Voornaam:
Straat: Nr: Postcode: Gemeente:
Tel werk/privé/gsm: E-mail:
Enkel voor minderjarigen: naam vader/moeder/voogd:
Geboortedatum // Geslacht: M V Beroep:
Rekeningnr. **BE** Op naam van:
Lid FROS MULTISPORT VLAANDEREN JA → Lidnummer (zie lidkaart): NEEN

CLUB

Clubnaam: Clubnr: Sporttak:
Naam en voornaam clubverantwoordelijke
Straat: Nr: Postcode: Gemeente:
Tel werk/privé/gsm: E-mail:
Functie binnen de club: Handtekening:

ONGEVAL

Datum van het ongeval // Dag Uur
Adres van het ongeval: Postcode: Gemeente:
Juiste plaats/locatie van het ongeval
Het ongeval gebeurde: tijdens een activiteit van bovenvermelde club → training/wedstrijd/andere:
 op weg van of naar een activiteit → training/wedstrijd/andere:
 tijdens een individuele training
Enkel voor verkeersongevallen → hoedanigheid van het slachtoffer: bestuurder van een gemotoriseerd voertuig
 zwakke weggebruiker
Proces-verbaal: JA NEEN .. PV-nummer: Datum: Opgemaakt door:
Beschrijving van het ongeval (oorzaken, omstandigheden en gevolgen, opgelopen verwondingen en/of schade):
.....
.....

AANSPRAKELIJKHEID

Eventueel aansprakelijke derde → Naam en adres:
.....
Indien gekend van derde → Verzekeringsmaatschappij en polisnr. (BA):

FROS houdt statistieken van letsels bij in het kader van het decreet Gezond en Ethisch sporten van 20/12/2013. Elke persoon, wiens gegevens worden verwerkt, kan zijn persoonlijke gegevens inkijken, ze laten verbeteren of indien daar goede redenen voor zijn, ze laten verwijderen. Stuur in dat geval een brief of e-mail met een kopie van de identiteitskaart naar bovenvermelde gegevens.

Ik geef GEEN toestemming dat FROS mijn gegevens bijhoudt voor die statistieken.

Ik geef hierbij toestemming dat mijn medische gegevens alleen gebruikt worden voor het vlotte beheer van dit dossier (art. 7, wet 08.12.92)

Opgemaakt te op // Handtekening van het slachtoffer

GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

| | |
|--------|----------------------------------|
| Dokter | Slachtoffer |
| | Datum ongeval:/...../..... |

Datum van het eerste geneeskundig onderzoek:/...../.....

TYPE LETSEL

LICHAAMSDE(E)L(EN)

! Om meerdere letsels aan te geven, kan je gebruik maken van een nummering achter de letsels en lichaamsdelen.

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spierverrekking <input type="checkbox"/> Peesverrekking <input type="checkbox"/> Spierscheur (ruptuur) <input type="checkbox"/> Peesscheur (ruptuur) <input type="checkbox"/> Kneuzing (contusio) <input type="checkbox"/> Verstuiking [dis(torsie)] <input type="checkbox"/> Breuk <input type="checkbox"/> Ontwrichting (luxatie) <input type="checkbox"/> Brandwonde <input type="checkbox"/> Schaafwonde <input type="checkbox"/> Snijwonde <input type="checkbox"/> Hersenschudding zonder syncope <input type="checkbox"/> Hersenschudding met syncope <input type="checkbox"/> Tandletsel <p style="text-align: center;"><u>Andere/meer</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p style="text-align: center;"><u>Hoofd en aangezicht</u></p> <input type="checkbox"/> Hoofd <input type="checkbox"/> Aangezicht <input type="checkbox"/> Ogen L / R <input type="checkbox"/> Oren L / R <input type="checkbox"/> Neus <input type="checkbox"/> Mond <p style="text-align: center;"><u>Nek en romp</u></p> <input type="checkbox"/> Hals/Nek L / R <input type="checkbox"/> Borst/Buik L / R <input type="checkbox"/> Rug L / R <input type="checkbox"/> Geslachtsdelen L / R <p style="text-align: center;"><u>Bovenste Ledematen</u></p> <input type="checkbox"/> Schouder L / R <input type="checkbox"/> Bovenarm L / R <input type="checkbox"/> Elleboog L / R <input type="checkbox"/> Onderarm L / R <input type="checkbox"/> Pols L / R <input type="checkbox"/> Hand L / R <input type="checkbox"/> Vingers L / R | <p style="text-align: center;"><u>Onderste ledematen</u></p> <input type="checkbox"/> Heup L / R <input type="checkbox"/> Lies L / R <input type="checkbox"/> Bovenbeen L / R <input type="checkbox"/> Knie L / R <input type="checkbox"/> Onderbeen L / R <input type="checkbox"/> Enkel L / R <input type="checkbox"/> Hiel L / R <input type="checkbox"/> Voet L / R <input type="checkbox"/> Tenen L / R <p style="text-align: center;"><u>Andere/meer</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

VRAGENLIJST

1) Bent u van mening dat bovenstaande verwondingen het gevolg zijn van het vermelde ongeval?

Ja Nee

2) Heeft het slachtoffer in het verleden reeds dezelfde klachten/letsels gehad?

Nee
 Ja. Het slachtoffer was niet volledig hersteld. (herval)
 Ja. Het slachtoffer was volledig hersteld. (recidief)

3) Vond er een heelkundige ingreep plaats? Ja nee

4) Verwachte duur van behandeling:

nihil
 1 tot 14 dagen
 15 tot 30 dagen
 1 tot 2 maanden
 Meer dan 2 maanden

5) Voorziet u volledig genezing? Ja nee niet te bepalen

6) Wanneer verwacht u dat het slachtoffer zijn/haar sport 100% kan hervatten?

Onmiddellijk
 1 tot 14 dagen
 15 dagen tot 2 maanden
 Meer dan 2 maanden
 Niet te bepalen

Handtekening dokter: