



SERVICE RESIDENTIE VOGELZANG
TERVUURSESTEENWEG 290
3001 HEVERLEE
Tel. 016/27.97.11

DATUM: _____

MEDISCH ATTEST

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij de genaamde,

geboren op ____/____/____

wonende te _____

medisch onderzocht te hebben en het volgende te hebben vastgesteld:

1. VOORGESCHIEDENIS

--

2. BELANGRIJKE DIAGNOSTIEK

A. LICHAMELIJK

--

B. PSYCHISCH

--

Pace-maker

- Ja
- Neen

Bloedgroep _____

3. BEHANDELING

• Medicatie

• Dieet

• Fysiotherapie/Kinesitherapie

• Bijzondere aandacht voor

4. HANDICAPS, FUNCTIONELE BEPERKINGEN, HULPMIDDELEN

5. ALLERGIEËN

6. VACCINATIES

7. VERKLARING

De patiënt lijdt niet aan een besmettelijke ziekte of aandoening.

Te _____ Datum _____

Handtekening + stempel huisarts