

Geef het aangifteformulier binnen de 8 dagen naar het secretariaat van uw federatie te sturen op volgend adres :  
FROS Amateursportfederatie vzw - HUIS VAN DE SPORT – BOOMGAARDSTRAAT 22 / Bus 35 – 2600 BERGHEM  
T. 03 286 07 60 - 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 Amateursportfederatie vzw  JA → Lidnummer (zie lidkaart): .....  NEEN

### CLUB

Clubnaam: Gentle, Ultimate Frisbee Team Gent vzw ..... Clubnr: C00772 ..... Sporttak: Ultimate Frisbee .....  
 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 <u>Andere/meer</u> ..... ..... .....	<p align="center"><b>Hoofd en aangezicht</b></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 align="center"><b>Nek en romp</b></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 align="center"><b>Bovenste Ledematen</b></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 align="center"><b>Onderste ledematen</b></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 align="center"><b>Andere/meer</b></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: