

Certificat médical



1F3C8D-000031-01-080417

Nom, prénom, qualité, adresse

Nom, prénom, adresse du patient

Indiquez le type et la nature précise de la blessure et les parties du corps touchées :

Les conséquences avérées ou probables des blessures : mort / incapacité permanente ou partielle/ long terme ou temporaire (indiquer la durée probable)

Le médecin indique ici l'incapacité résultant de la blessure elle-même sans tenir compte d'autres circonstances.

Indiquer si les soins seront prodigués à domicile, dans un cabinet médical, dans un hôpital ou à un autre endroit.

Indiquer ici des informations qui peuvent aider à éclairer le préjudice et la décision qui sera prise par la mutualité

Le soussigné

POCKELE Patrick Etienne, docteur en médecine, Centre hospitalier Etterbeek-Ixelles (CHEI), rue Jean Paquot, 63, 1050 Bruxelles.

A examiné

M. Mario Fabiani, résidant rue de l'Etang 56, 1040 Bruxelles
lors de la consultation en date du 4/11/2021,

déclare :

1. avoir observé les blessures suivantes:

- ecchymoses à l'orbite gauche,
- contusions aux bras et à la hauteur des côtes.

2. que cette blessure entraîne:

- une hospitalisation de 2 jours,
- une incapacité de travail d'une durée de 2 semaines.

3. que l'incapacité de travail/invalidité commence le :

04/11/2021.

4. que les soins seront donnés à :

Hôpital (service traumatologie).

5. /

Etabli le 04/11/2021, à Bruxelles