

**INLICHTINGENFICHE NA REVALIDATIE**

**In te vullen samen het herstelattest voor de KBVB**

**Vak A zelf in te vullen**

**Vak B in te vullen door de behandelende arts**

**Na invullen dit formulier zo snel mogelijk afgeven aan de trainer. Hij zal de kinesist van VVCB consulteren en zullen samen je re-integratie traject bepalen.**

**Vak A**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam en voornaam** |  |
| **Ploeg** |  |
| **Datum ongeval** |  |
| **Plaats ongeval** |  |

**Vak B**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum consultatie** |  |
| **Omschrijving van het opgelopen letsel** |  |
| **Is er een specifieke nabehandeling of na-traject nodig?**    **Zijn er beperkingen?**  **Wat mag 100% zeker wel?** |  |
| **Naam, stempel en handtekening van de behandelende arts/kinesist** |  |