



Draaginsigne Gewonden

- A** Ministerieel besluit van 17 februari 2017, genummerd BS2017001919, is van toepassing.
- B** Met dit formulier kunt u een voorstel tot het toekennen van het 'Draaginsigne Gewonden' indienen.
- C** Het formulier wordt door de actief dienende militair (veteraan in werkelijke dienst) in beginsel zelf ingevuld, maar ondersteund door de commandant, behandeld arts en/of therapeut. De veteraan uit dienst vult in beginsel het formulier zelf in.
- D** In alle gevallen dient de aanvrager toestemming te verlenen tot het verstrekken van medische gegevens. Zie punt 7.
- E** Beantwoord alle vragen en gebruik geen afkortingen.
- F** Vul het formulier bij voorkeur in op de computer voor het printen. Navigeer met de muis of <Tab> en <Shift><Tab>.
- G** Zet vervolgens uw handtekening.
- H** Het voorstel sturen naar: Ministerie van Defensie
DOSCO/DPOD/DCPZ ,Afdeling Decoraties
Postbus 90004 MPC 55A 3509 AA Utrecht
Telefoon: 030-218 4343
E-mail: decoraties@mindef.nl

1 Aanvraag

- 1.1 Aanvraag is voor
- Actief dienend militair (veteraan in werkelijke dienst)
- Veteraan uit dienst

2 Personalia

- 2.1 Naam en voornamen (*voluit*)
- 2.2 Adres, postcode, woonplaats
- 2.3 Geboortedatum
- 2.4 Geboorteplaats, -land
- 2.5 Telefoonnummer
- 2.6 E-mailadres
- 2.7 Militair registratienummer
- 2.8 Werknemer-ID
- 2.9 Huidige rang en functie
- 2.10 Defensieonderdeel
- 2.11 Wapen/dienstvak/onderdeel

3 Periode van verwonding

- 3.1 Datum of tijdvak van verwonding
- 3.2 Rang en functie
- 3.3 Krijgsmachtdeel
- 3.4 Wapen / dienstvak / onderdeel
- 3.5 Standplaats / inzetgebied
- 3.6 Naam van de missie of conflict
- 3.7 Periode van uitzending

4 Gegevens verwonding

Een gedetailleerdere eigen beschrijving van de gebeurtenis(sen) die tot uw verwonding hebben geleid, inclusief het vermelden van feitelijke informatie (wie, wat, wanneer, waar, etc.) en het noemen van eventuele getuigen is noodzakelijk om tot een goede beoordeling van uw aanvraag te komen. De door u genoemde gebeurtenissen moeten genoegzaam aannemelijk zijn gemaakt. De Minister van Defensie moet aan de hand van objectieve maatstaven kunnen vaststellen of de gebeurtenissen die het letsel hebben veroorzaakt, hebben plaatsgevonden. De beschrijving van de gebeurtenis(sen) kunt u ook als aparte bijlage meesturen.

4.1 Welke specifieke gebeurtenis(sen) heeft / hebben tot uw verwonding geleid?	
4.2 Omschrijving aard van de verwonding <i>Lichamelijk en / of psychisch</i>	
4.3 Wanneer vond(en) de gebeurtenis(sen) plaats die tot uw verwonding(en) hebben geleid? <i>Zo nauwkeurig mogelijk beschrijven</i>	
4.4 Waar vond(en) de gebeurtenis(sen) plaats die tot uw verwonding(en) hebben geleid? <i>Vermeld streek, plaatsnaam, locatie</i>	
4.5 Welke collega('s) was / waren van deze gebeurtenis(sen) getuige? <i>Zo mogelijk contactgegevens vermelden en verklaringen toevoegen</i>	
4.6 Wie was toen uw directe commandant en wat was zijn / haar functie? <i>Zo mogelijk contactgegevens vermelden en verklaring toevoegen</i>	
4.7 Op welke wijze bent u destijds medisch behandeld en hoe lang heeft deze behandeling toen geduurd?	
4.8 Bent u later nog voor uw (lichamelijke- en / of psychische verwondingen behandeld? Zo ja, wanneer en door wie?	
4.9 Ontvangt u als gevolg van uw verwonding / letsel een militair invaliditeitspensioen? Zo ja, van welke instantie?	
4.10 Bent u nog steeds onder medische behandeling? Zo ja, naam en adres van behandelend arts / therapeut / instelling	
4.11 Beschikt u over documenten (proces verbaal, getuigen- en of medische verklaringen) m.b.t. uw verwonding en of behandeling.	
Zo ja, dan s.v.p. kopieën bijvoegen	Aantal bijlagen:

5 Ondertekening en machtiging

Ondertekening in het geval de aanvraag geschiedt door ondersteuning van commandant, behandelend arts en / of therapeut.

5.1 Naam, voorletters, rang / titel

5.2 Functie

5.3 Telefoonnummer

5.4 E-mailadres

5.5 Datum / plaats / handtekening

6 Ruimte voor eventuele toelichting

7 Ondertekening en machtiging

Door ondertekening van dit formulier verleen ik, (naam), de Centrale Adviescommissie Draaginsigne Gewonden (CADIG) de bevoegdheid informatie in te winnen bij relevante instanties. Voor het opvragen van deze informatie bij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds heeft de CADIG een kopie van uw legitimatiebewijs (zonder BSN-nummer) nodig.

Ondergetekende machtigt hiermee zijn / haar behandelend(e) of begeleidende(e) arts(en) en andere betrokken medische instanties inlichtingen te verstrekken aan de medisch adviseur van CADIG, benodigd voor het beoordelen van deze aanvraag.

Ondergetekende machtigt hiermee het Ministerie van Defensie, Semi-Statisch Informatiebeheer, tot het verstrekken van zijn / haar Staat van Dienst aan de CADIG, benodigd voor het beoordelen van deze aanvraag.

Ondergetekende machtigt de Secretaris van de CADIG om aan de persoon belast met de uitreiking van het Draaginsigne Gewonden (DIG) enige informatie te verschaffen over de verwonding(en) of letsel dat heeft geleid tot toekenning en de omstandigheden, waaronder deze is / zijn ontstaan.

Ondergetekende geeft toestemming aan de Secretaris van de CADIG om (bijzondere) persoonsgegevens te verwerken in het kader van het DIG.

Naam en voornamen (voluit)

Datum

Handtekening

Print formulier