

**GETUIGSCHRIFT VAN
ARBEIDSONGESCHIKTHEID
LOONTREKKENDE**
**Binnen 48 uur na begin van uw arbeids-
ongeschiktheid terugsturen naar uw ziekenfonds.**

Uw ziekenfonds vraagt u deze gegevens voor de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (gecoördineerde wet van 14 juli 1994). In toepassing van de wet van 8 december 1992 (bescherming van de persoonlijke levenssfeer,) heeft u recht op inzage en verbetering van uw persoonsgegevens. Indien u van dit recht gebruik wil maken, moet u zich schriftelijk wenden tot uw ziekenfonds. Voor meer informatie betreffende de verwerking van deze gegevens kan u zich wenden tot de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

VOOR EEN VOLGENDE ONGESCHIKTHEID
In te vullen door de sociaal-verzekerde of kleeftbriefje aanbrengen

Naam en voornaam: _____

Rijksregisternummer: _____ - _____ - _____

Lidnummer: _____

Verblijfadres (indien niet identiek aan het officieel adres): _____

Kleeftbriefje

(De sociaal-verzekerde moet aan zijn verzekeringsinstelling binnen de 2 kalenderdagen alle wijzigingen van zijn verblijfadres meedelen.)

 Dit getuigschrift betreft: **Begin van deze arbeidsongeschiktheid**
 Verlenging van deze arbeidsongeschiktheid

 Beroepssituatie op het ogenblik van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid: **arbeider** **bediende** **werkloos**

Beroep (huidig): _____

 Bent u zelfstandige in bijberoep? : **neen** **ja**: _____

 De arbeidsongeschiktheid is het gevolg van: **een ongeval** **een beroepsziekte** **een andere ziekte**
MEDISCH GEHEIM: in te vullen door de arts

Ik ondergetekende, arts, verklaar op basis van mijn klinisch onderzoek en de medische bevindingen, waarover ik nu beschik, vast te hebben gesteld dat betrokken persoon arbeidsongeschikt is van ____ - ____ - _____ tot en met ____ - ____ - _____

Diagnose of symptomatologie, en/ of functionele stoornissen: _____

Professionele en sociale moeilijkheden kunnen eveneens vermeld worden. Het geheel van deze bevindingen laten een betere evaluatie van de arbeidsongeschiktheid toe. Zo kan men de oproepingen gericht inplannen.

Facultatieve codering van de hoofddiagnose: ICPC-2 _____ of ICD-10 _____

De betrokkene is of zal worden gehospitaliseerd vanaf: ____ - ____ - _____

In geval van zwangerschap, vermoedelijke bevallingsdatum: ____ - ____ - _____

Communicatie met de adviserend geneesheer: de adviserend geneesheer kan mij telefonisch of via mijn mailadres bereiken: _____

De overdracht van medisch vertrouwelijke gegevens zal steeds via beveiligde applicaties gebeuren.

Identificatie arts met inschrijvingsnummer RIZIV: _____

Datum: ____ - ____ - _____

Handtekening arts