

**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

▼ Afscheuren langs stippellijn ▼

Natmaken en dichtkleven

In te vullen door de sociaal-verzekerde of kleefbriefje aanbrengen

Naam: _____

Voornaam: _____

Rijksregisternummer: _____ - _____ - _____

Lidnummer: _____

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

Kleefbriefje

(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

▼ Afscheuren langs stippellijn ▼

Natmaken en dichtkleven

VERTROUWELIJK

**GETUIGSCHRIFT
VAN ARBEIDS-
ONGESCHIKTHEID**

***Aan de Adviserend Geneesheer
Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen
Lange Nieuwstraat 109
2000 Antwerpen***

***DIT GETUIGSCHRIFT GEBRUIKT U BIJ UW VOLGENDE
ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN MOET DAN BINNEN DE
48 UUR VIA DE POST TERUGGESTUURD WORDEN AAN
UW ZIEKENFONDS***

GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID - BESTEMD VOOR DE ADVISEREND GENEESHEER

Afzender :
