

**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 kleeftbriefje aanbrengen**

Naam: \_\_\_\_\_

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

 ▼ Afscheuren langs stippellijn ▼  
 Natmaken en dichtkleven

**VERTROUWELIJK**

**GETUIGSCHRIFT  
VAN ARBEIDS-  
ONGESCHIKTHEID**

***Aan de Adviserend Geneesheer  
Brabantdam 109  
9000 Gent***

**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 :*

---