

**GETUIGSCHRIFT VAN
ARBEIDSONGESCHIKTHEID
ZELFSTANDIGE**
**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:

 zelfstandige **meewerkende echtgeno(o)t(e)**

Beroep (huidig): _____

De arbeidsongeschiktheid is het gevolg van:

 een ongeval **een beroepsziekte die voortvloeit uit een activiteit als loontrekkende** **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 :
