

In te vullen door de sociaal verzekerde

Naam en voornaam

Identificatienummer van het rijksregister:-.....-.....

Verblijfadres (indien niet identiek aan het officieel adres):

De sociaal-verzekerde moet aan zijn verzekeringsinstelling binnen de twee 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 Zelfstandige Meewerkende echtgeno(o)t(e)

Beroep (huidig):

.....
.....

Bent u zelfstandige in bijberoep ? : NEEN JA

De arbeidsongeschiktheid is het gevolg van : een ongeval een beroepsziekte een andere ziekte

De wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer (8/12/1992) verleent de personen op wie die informatie betrekking heeft, een recht op toegang en op verbetering. Bijkomende informatie over de verwerking van die informatie kan bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer worden verkregen.

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 op volgend mailadres bereiken:

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

Identificatie arts met inschrijvingsnummer RIZIV

Datum en handtekening arts