

**GETUIGSCHRIFT VAN  
ARBEIDSONGESCHIKTHEID  
ALGEMENE REGELING**

*Binnen 7 dagen na begin van uw arbeidsongeschiktheid  
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). De regelgeving inzake de verwerking van de persoonsgegevens 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 Gegevensbeschermingsautoriteit worden verkregen.

**VOOR EEN VOLGENDE ONGESCHIKTHEID**

▼ Afscheuren langs stippellijn ▼

Natmaken en dichtkleven

**In te vullen door de sociaal-verzekerde of kleeftbriefje aanbrengen**

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Lidnummer: \_\_\_\_\_

Verblijfadres (indien niet identiek aan het officieel adres): \_\_\_\_\_



(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, dat (naam 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-arts: de adviserend-arts 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 \_\_\_\_\_



De Liberale Mutualiteiten verzamelen en verwerken persoonsgegevens. Dat doen we om onze taak als ziekenfonds te kunnen uitvoeren, om jouw dossier te beheren en om je op de hoogte te houden van onze diensten en activiteiten. Het is je recht om te weten welke gegevens we van jou verwerken, om te vragen je gegevens te verbeteren of te wissen, om je te verzetten tegen geautomatiseerde beslissingen en om de verwerking van je gegevens voor direct marketing stop te zetten. Stuur je verzoek t.a.v. onze privacyverantwoordelijke naar ons postadres of [privacy@lm.be](mailto:privacy@lm.be)

**VERTROUWELIJK**

**GETUIGSCHRIFT  
VAN ARBEIDS-  
ONGESCHIKTHEID**

*Aan de Adviserend-arts*

***Dit getuigschrift gebruikt u bij arbeidsongeschiktheid en moet binnen een termijn van een week na het begin van deze arbeidsongeschiktheid teruggestuurd worden aan uw ziekenfonds.***

GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID - BESTEMD VOOR DE ADVISEREND-ARTS

Afzender :

---