



VERTROUWELIJK

Onder gesloten omslag bezorgen

aan de Adviserend Arts – LM -PLUS

Getuigschrift van arbeidsongeschiktheid

Lange Nieuwstraat 109

2000 ANTWERPEN

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

WARBALG006N - website

Al onze adressen zijn terug te vinden op www.LM.be of via:



ARBEIDSONGESCHIKTHEID ZELFSTANDIGE

VERTROUWELIJK

KLEEFVIGNET

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 verblijfplaats 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):
.....
.....

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.

Ik ondergetekende, arts, verklaar op basis van mijn klinisch onderzoek en de medische bevindingen, waarover ik nu beschik, vast te hebben gesteld dat 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 met 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 op volgend mailadres bereiken:
.....

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

Identificatie arts met inschrijvingsnummer RIZIV

Datum en handtekening arts

In te vullen door de sociaal verzekerde

MEDISCH GEHEIM : in te vullen door de arts