

**GETUIGSCHRIFT VAN
ARBEIDSONGESCHIKTHEID
ZELFSTANDIGE**

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 kleefbriefje aanbrengen

Naam: _____

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:

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, 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

Z072C.N

▼ Afscheuren langs stippellijn ▼
Natmaken en dichtkleven

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

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 :
