

LM Oost-Vlaanderen  
Medische Dienst  
Brabantdam 109  
9000 Gent

**Uw kenmerk**

**Contactpersoon**  
Medische Dienst

**Datum**

**Uitkeringsverzekering voor zelfstandigen**  
**Bericht van arbeidshervatting**

Door de gerechtigde aan de adviserend arts af te geven of terug te zenden binnen 48 uur na het einde van de arbeidsongeschiktheid.

**1. Identificatie (Blauw Klevertje)**

Naam en voornaam:

Adres:

Rijksregisternummer:

**2. Verklaring**

De ondergetekende

zelfstandige

meehelpende echtgenoot

(Een kruisje in het desbetreffend vakje aanbrengen)

deelt de adviserend arts mee een beroepsactiviteit te hebben hervat

vanaf ...../...../.....

Datum:

Handtekening van de zelfstandige: