



<b>Identificatie van de VI</b> Naam: ..... Nummer: 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--

## VERTROUWELIJK

### GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

<b><u>In te vullen door de gerechtigde</u></b>	Arbeider – Bediende – Mijnwerker <sup>(3)</sup> Man – Vrouw <sup>(3)</sup>
Naam en voornaam: .....	
Geboortedatum: D: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Inschrijvingsnummer bij de HZIV: 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Hoofdverblijfplaats: .....	
Adres waar de gerechtigde zich ter beschikking van de controle houdt <sup>(1)</sup> : .....	
Als u volledig werkloos bent, opgeven vanaf welke datum: D: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<b><u>In te vullen door de behandelend geneesheer</u></b>	
De ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verklaart verzorging te verlenen aan ..... ..... en hem (haar) arbeidsongeschikt te hebben bevonden vanaf D: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wegens (symptomen en eventueel diagnose): ..... <sup>(2)</sup>	
De betrokkene is in staat - is niet in staat <sup>(3)</sup> zich te verplaatsen.	
De betrokkene is ter verpleging opgenomen <sup>(3)</sup> in: ..... sedert: D: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Reden en vermoedelijke duur van de opname: .....	
Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een zwangerschap, de vermoedelijke bevallingsdatum vermelden: D: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Mijn collega, adviserend geneesheer, gelieve mij zijn beslissing omtrent bovengenoemde zieke mee te delen, ingeval hij niet akkoord mocht gaan. JA - NEEN <sup>(3)</sup>	
Identificatie van de geneesheer <sup>(4)</sup> ..... te .....	
Datum: D: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Handtekening van de behandelend geneesheer: .....

<b><u>Vak bestemd voor de adviserend geneesheer</u></b>	
Datum van ontvangst: D: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jaarlijks volgnummer: .....
Aanvang arbeidsongeschiktheid: D: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oproepingstermijn: .....
Datum: D: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Handtekening van de adviserend geneesheer: .....
Bezoek aan huis door: Adv. geneesheer – Gen.-insp. – Verpleegster <sup>(3)</sup> Toepassing van art. 136, §§ 1, 2, 3, en 134 (wet van 14 juli 1994) <sup>(3)</sup>	

<sup>(1)</sup> De gerechtigde moet aan de adviserend geneesheer elke wijziging met betrekking tot zijn verblijfplaats meedelen.  
<sup>(2)</sup> De oorzaak van de arbeidsongeschiktheid opgeven door o.m. te vermelden of het gaat om een ongeval of traumatisme en voldoende gegevens meedelen om de adviserend geneesheer in staat te stellen de waarschijnlijke duur van de arbeidsongeschiktheid te bepalen.  
<sup>(3)</sup> Het onnodige schrappen.  
<sup>(4)</sup> Inschrijvingsnummer dat is toegekend door het RIZIV.