

GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Binnen de 48 uur na aanvang van een nieuwe periode van arbeidsongeschiktheid terug te sturen naar uw ziekenfonds

De verzameling van deze persoonsgegevens door het NATIONAAL VERBOND VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN en zijn regionale ziekenfondsen is nodig om uw rechten te bepalen in uitvoering van de wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (gecoördineerde wet van 14.07.1994).
De wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer van 08.12.1992 verleent aan de persoon op wie de gegevens betrekking hebben een recht van toegang en van verbetering.
Bijkomende informatie omtrent de verwerking van deze persoonsgegevens kan bekomen worden bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (wet van 08.12.1992).

VOOR EEN VOLGENDE ONGESCHIKTHEID

▼ Afscheuren langs stippellijn ▼

Natmaken en dichtkleven

In te vullen door de gerechtigde of kleef een roze klever

Naam en voornaam : _____
Geboortedatum : _____ tel of gsm: _____
Hoofdverblijfplaats⁽¹⁾ : _____

Inschrijvingsnummer :

Rijksregisternummer :

Adres waar de gerechtigde zich ter beschikking van de controle houdt⁽¹⁾ : _____

Hoedanigheid : Bediende Arbeider Als u volledig werkloos bent, meedelen vanaf welke datum : ____ / ____ / ____

¹ De gerechtigde moet aan de adviserend geneesheer elke wijziging met betrekking tot zijn verblijfplaats meedelen.

In te vullen door de behandelend geneesheer

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart verzorging te verlenen aan :

Naam en voornaam : _____

en hem (haar) arbeidsongeschikt te hebben bevonden vanaf : ____ / ____ / ____

Wegens (symptomen en diagnose)⁽²⁾ : _____

De betrokkene is in staat zich te verplaatsen : Ja Neen

De betrokkene is ter verpleging opgenomen in : _____ sedert :

____ / ____ / ____

Reden en vermoedelijke duur van de opname : _____

Ingeval van zwangerschap, vermoedelijke bevallingsdatum : ____ / ____ / ____

Mijn collega, adviserend geneesheer, gelieve mij uw beslissing omtrent bovengenoemde ziekte mee te delen, ingeval u niet akkoord mocht gaan :

Ja Neen

Datum en handtekening van de behandelend geneesheer

Stempel van de behandelend geneesheer

RIZIV nr. van de geneesheer³ :

Identificatienummer RIZIV⁽³⁾

² De oorzaak van de arbeidsongeschiktheid opgeven door o.m. te vermelden of het gaat om een ongeval, een hervat of traumatisme en voldoende gegevens meedelen om de adviserend geneesheer in staat te stellen de waarschijnlijke duur van de arbeidsongeschiktheid te bepalen.

³ Inschrijvingsnummer dat is toegekend door het R.I.Z.I.V..

In te vullen door de adviserend geneesheer

Datum van ontvangst : ____ / ____ / ____

Aanvang arbeidsongeschiktheid : ____ / ____ / ____

Jaarlijks volgnummer : ____ / ____ / ____

Oproepingstermijn : _____

Datum en handtekening van de adviserend geneesheer

Bezoek aan huis

door : adv. geneesh. - geneesheer insp. - verpleegster (Schrappen wat niet past) - Toepassing van art. 136, §§ 1, 2, 3 en 4 (gecoördineerde wet van 14.07.1994)

PVERGOED.L72CN00121/2

▼ Afscheuren langs stippellijn ▼

Natmaken en dichtkleven