

In te vullen door de sociaal verzekerde

Naam en voornaam:

Identificatienummer van het rijksregister: _ _ _ _ _ - _ _ _ - _ _

Verblijfadres (indien niet identiek aan het officieel adres):

De sociaal verzekerde moet aan de HZIV 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:

Arbeider Bediende Werkloos

Beroep

(huidig):

Bent u zelfstandige in bijberoep?: NEEN JA

De arbeidsongeschiktheid is het gevolg van: een ongeval een beroepsziekte een andere ziekte

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.

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, vast te hebben gesteld dat 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: ICP-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 medisch vertrouwelijke gegevens zal steeds via beveiligde applicaties gebeuren.

Identificatie arts met inschrijvingsnummer RIZIV

Datum en handtekening arts

VERTROUWELIJK

GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Aan de Adviserend Arts

**Dit getuigschrift moet u binnen een week na het begin
van deze arbeidsongeschiktheid terugsturen naar uw
HZIV-kantoor**

Getuigschrift van arbeidsongeschiktheid

Afzender:

.....
.....
.....