

GETUIGSCHRIFT ARBEIDSONGESCHIKTHEID
LOONTREKKENDE
Vertrouwelijk
Mutualia, Neutrale Mutualiteit

Kleefvignet

IN TE VULLEN DOOR DE SOCIAAL-VERZEKERDE

Naam en voornaam :

Identificatienummer van het rijksregister :

Verblijfadres (indien niet identiek aan het officieel adres) :

.....
.....

De sociaal-verzeerde moet aan zijn verzekeringinstelling 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 wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer (8/12/1992) 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 Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer 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 hoofddiagnose : of

De betrokkene is of zal worden gehospitaliseerd vanaf : / /

In geval van zwangerschap, vermoedelijke bevallingsdatum : / /

De adviserend geneesheer 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

Communicatie - Identificatie van de geneesheer

GETUIGSCHRIJF VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID
Dit getuigschrift gebruikt u bij uw volgende arbeidsongeschiktheid en
ziekenfonds

moet dan binnen de 48 uur via de post teruggestuurd worden aan uw

Vertrouwelijk



De heer Adviserend Geneesheer
Mutualia, Neutrale Mutualiteit
Brand Whitlocklaan 87-93 bus 4
1200 Brussel

