

BELANGRIJK

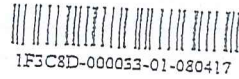
Wat te doen in geval van een arbeidsongeval?

Onze politiezone heeft een arbeidsongevallenverzekering bij ETHIAS. In geval van een arbeidsongeval verloopt ALLES VIA ETHIAS en NIET via de mutualiteit.

Hieronder vermelden wij wat er moet gebeuren indien je een arbeidsongeval overkomt:

1. Model A, model B en een medisch getuigschrift op het personeelssecretariaat of bij het onthaal vragen.
2. Model A en model B vervullen
Let op: Model B moet door de geneesheer die de EERSTE ZORGEN toedient, ingevuld te worden.
3. Eventueel een medisch getuigschrift door de behandelende geneesheer laten invullen.
Let op: Medisch getuigschrift bestemd voor politie gebruiken
4. AL deze documenten + TWEE KLEVERTJES VAN DE MUTUALITEIT ZO SNEL MOGELIJK aan het personeelssecretariaat bezorgen.
5. Van zodra het personeelssecretariaat Model A en B heeft, wordt aangifte van het arbeidsongeval gedaan bij ETHIAS.
6. Het personeelssecretariaat vraagt getuigenverklaringen.
7. Van zodra het arbeidsongeval aanvaard wordt, vragen wij je de kennisgeving van het arbeidsongeval op het personeelssecretariaat te tekenen.
Dit wordt dan overgemaakt aan de Gerechtelijk Geneeskundige Dienst (GGD) te Brussel.
8. Wij raden aan ALLE VERDERE BRIEFWISSELING inzake het arbeidsongeval goed door te nemen en om misverstanden te vermijden, in geval van twijfel dit samen te overlopen met het personeelssecretariaat.
BRIEFJES VOOR DE MUTUALITEIT MOGEN NIET GEÏND WORDEN. Indien de briefjes geïnd worden bij de mutualiteit, zal de arbeidsongevallenverzekering geen verdere kosten meer dekken.
9. Wanneer je kosteloze rechtshulp wenst, kan dit enkel bij arbeidsongevallen waarbij je minimum één dag arbeidsongeschikt bent (Art.52 WPA).
10. Alle dossiers arbeidsongevallen worden bijgehouden in je persoonlijk dossier.

MODEL A - AANGIFTE VAN ARBEDSONGEVAL



Elk ongeval moet worden aangegeven. De aangifte mag uitgaan van het slachtoffer, zijn rechtverkrijgende, zijn hiërarchische meerdere of iedere andere belanghebbende persoon. Dit formulier moet zo spoedig mogelijk en ingevuld naar de bevoegde dienst van het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming worden gestuurd samen met het model B (medisch attest) zodra er meer dan één dag ongeschiktheid is.

De rubrieken II en III worden door de aangever ingevuld. De rubrieken I, IV, V en VI worden door de werkgever ingevuld.

I. Gegevens over de WERKGEVER

1. Naam van de administratie, dienst of inrichting:

2. Straat / nr. / bus: Tel.:/..... Fax:/.....
 Postcode: |..|..|..| Gemeente:

3. Aard van de administratie: NACE BEL-code: |..|..|..|..|..|..|

4. Ondernemingsnummer: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..| en desgevallend, vestigingseenheidnummer: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|

II. Gegevens over het SLACHTOFFER

5. Naam en voornamen:
 Naam van de echtgenoot (1):

6. Geboortedatum (2):/...../..... Geslacht (3): M V Taalrol:

7. Rijksregisternummer: |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..| Nationaliteit:

8. Dossiernummer bij de bevoegde medische dienst:

9. Bankrekeningnummer (4): IBAN |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..| Financiële instelling: BIC |..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|..|

10. Hoofdverblijfplaats: Straat / nr. / bus:
 Postcode: |..|..|..| Gemeente:

III. Gegevens over het ONGEVAL

11. Dag van het ongeval: Datum (2):/...../..... uur minuten

12. Plaats van het ongeval :
 in de administratie, dienst of inrichting op het adres vermeld in veld 2
 op de openbare weg. In bevestigend geval, betrof het een verkeersongeval ? : ja neen
 op een andere plaats
 Indien u één van de twee laatste keuzes hebt aangekruist, vermeldt het adres
 Straat, nummer:
 Postcode: |..|..|..| Gemeente: Land:

13. Oefende het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval een bezigheid uit in het kader van zijn gewone functie? (3) Ja Neen
 Zo neen, welke bezigheid oefende het uit? :

14. Gaat het om een ongeval bedoeld in art. 2, lid 3, 2°, van de wet van 3 juli 1967 (ongeval overkomen buiten de uitoefening van de dienst, maar veroorzaakt door een derde wegens het door het slachtoffer uitgeoefend ambt)? (3) Ja Neen

a) In welke omgeving (soort plaats) bevond het slachtoffer zich toen het ongeval zich voordeed? (bijvoorbeeld: onderhoudsruimte; locatie voor veeteelt; kantoor; school; warenhuis; ziekenhuis; parkeerplaats; sporthal; op het dak van een hotel; particuliere woning; riool; tuin; autoweg; aan boord van een aangemeerd schip; onder water; enz.)

b) Bepaal de algemene activiteit (soort werk) of de taak (in de ruime zin) die het slachtoffer aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed: (bijvoorbeeld: verwerking van producten, opslag, werk in de landbouw of bosbouw, werk met levende dieren, verzorging, bijstand van een persoon of aan personen, opleiding, kantoorwerk, inkoop, verkoop, enz. OF de nevenactiviteiten van deze verschillende werkzaamheden, zoals installatie, losmaken, onderhoud, reparatie of schoonmaken).

c) Bepaal de specifieke activiteit die het slachtoffer aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed (bijvoorbeeld: vullen van de machine, werken met handgereedschap, besturen van een transportmiddel, grijpen, optillen, een voorwerp rollen, een last dragen, een deur sluiten, een ladder opgaan, lopen, gaan zitten, enz.) EN het daarbij betrokken voorwerp (bijvoorbeeld: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.).

d) Welke gebeurtenissen die afwijken van de normale gang van het werk, hebben tot het ongeval geleid? (bijvoorbeeld: elektrische storing; explosie; vuur; overlopen, kantelen, lekken, gasvorming, barsten, vallen of instorten van voorwerp; abnormaal starten of functioneren van een machine; verlies van controle over een transportmiddel of voorwerp; uitglippen of van van persoon; ongepaste handeling; verkeerde beweging; verrassing; schrik; geweldpleging; aangevallen worden; enz.) Vermeld alle gebeurtenissen EN de daarbij betrokken voorwerpen (bijvoorbeeld: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.).

e) Hoe is het slachtoffer (fysieke of psychische letsel) gewond geraakt? Beschrijf in dalende volgorde van belangrijkheid alle verschillende contacten die de verwonding(en) hebben veroorzaakt (bijvoorbeeld: contact met elektrische stroom, een warmtebron of gevaarlijk stoffen; verdrinking; bedolven worden; door iets ingesloten worden (gas, vloeistof, vaste materie); verplettering tegen een voorwerp of stoot door een voorwerp; botting; contact met smijdende of puntige voorwerpen; beklemming of verplettering in, onder of tussen iets; problemen met het bewegingsapparaat; psychische shock; verwonding door of mens; enz.) EN de daarbij betrokken voorwerpen: (bijvoorbeeld: gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.).

15. Eerste zorgen verstrekt op (2)/...../..... om uur door de geneesheer of in het ziekenhuis:
 Naam :
 Straat / nr. / bus: Postcode: |..|..|..| Gemeente:

16. Proces-verbaal opgesteld te op (2)/...../..... door

17. Naam en adres van de eventuele aansprakelijke:
 en van zijn verzekeraar:

18. Getuigen:

Naam	Straat / nr. / bus	Postcode	Gemeente
.....
.....

Aangever (naam en hoedanigheid): Handtekening:
 Datum (2):/...../.....

In geval van een ernstig ongeval, verwittigt u de inspecteur inzake arbeidsveiligheid van de Federale overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (WASO) op de manier die is voorgeschreven door artikel 26 van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende het beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk. (B.S. 31 maart 1998).

19. Aard van het ongeval (3): arbeidsongeval ongeval op de weg naar en van het werk ongeval overkomen buiten de uitoefening van de dienst, maar veroorzaakt door een derde wegens het door het slachtoffer uitgeoefend ambt (art. 2, lid 3, 2°, van de wet van 3 juli 1967)

IV. Gegevens over de WERKGEVER

20. Adres van de afdeling of dienst waarvan het slachtoffer afhangt : Straat / nr. / bus:
 Postcode: |..|..|..| Gemeente:
21. Externe dienst belast met het medisch toezicht - Naam:
 Straat / nr. / bus: Postcode: |..|..|..| Gemeente:
22. Totaal aantal personeelsleden tewerkgesteld in het departement, de instelling, de gemeente, het OCMW, de inrichting, enz. op het einde van de maand vóór het ongeval :
23. Totaal aantal arbeidsdagen gepresteerd vanaf het begin van het jaar tot het einde van de maand vóór het ongeval :

V. Gegevens over het SLACHTOFFER en over het ONGEVAL

24. Datum van indiensttreding van het slachtoffer (2):/...../.....
25. Duurtijd van de tewerkstelling : voor onbepaalde duur voor bepaalde duur
26. Is de datum van uitdiensttreding gekend? ja neen Zo ja, datum uitdiensttreding (2):/...../.....
27. Aard van de tewerkstelling: voltijds deeltijds
28. Beroeps categorie (3): vast benoemd contractueel stagiair andere (welke?):
29. Gewone functie in de administratie: ISCO-code : |..|..|..|
30. Hoelang oefende het slachtoffer dit beroep in de administratie, dienst of inrichting uit?
 minder dan één week één week tot één maand één maand tot één jaar langer dan één jaar
31. Aan welk soort werkplek stond het slachtoffer op het moment van het ongeval? (5):
 gebruikelijke werkplek of lokale eenheid
 occasionele of mobiele werkplek of onderweg voor rekening van de werkgever
 andere werkplek
32. Datum van kennisgeving aan de werkgever (2):/...../.....
33. Door het slachtoffer te presteren uren op de dag van het ongeval: van uur tot uur en van uur tot uur
34. Opmerkingen betreffende de omstandigheden en materiële oorzaken van het ongeval (gegevens die aan de verklaringen van het slachtoffer moeten worden toegevoegd):

Aangever namens de overheid (naam en hoedanigheid):

Datum (2):/...../.....

Handtekening:

VI. Gegevens over de PREVENTIE

35. Activiteit van de afdeling of dienst waar het slachtoffer gewoonlijk zijn functie uitoefent:
36. Oefende het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval een bezigheid uit in het kader van zijn gewone functie? (3) Ja Neen
 Zo neen, welke bezigheid oefende het uit? :
37. Gaat het om een ongeval bedoeld bij art. 2, lid 3, 2°, van de wet van 3 juli 1967? (3) Ja Neen
37. Soort werk:
38. Laatste afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid: Code (8): |..|..|
39. Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis: Code (6): |..|..|
40. Contact - wijze van verwonding: Code (6): |..|..|
41. Letsel - Soort (7)(6); Code (6): |..|..| Verwond deel (7)(6); Code (8): |..|..|
42. Gevolgen van het ongeval (7) (6) :
 geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid en geen prothesen te voorzien
 geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid, wel prothesen te voorzien
 tijdelijke arbeidsongeschiktheid
 blijvende arbeidsongeschiktheid te voorzien: de voorziene blijvende ongeschiktheid is :%
 overlijden, datum van overlijden (2):/...../.....
43. Stopzetting van de beroepsactiviteit - datum (2):/...../..... uur minuten
44. Datum van de effectieve werkhervatting (2):/...../.....
45. Indien het werk nog niet is hervat, de waarschijnlijke duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid: dagen
45. Welke beschermingsmiddelen droeg het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval?
 geen helm handschoenen veiligheidsbril aangezichtsscherm
 beschermingsvest signalisatiekledij gehoorbescherming veiligheidsschoeisel
 ademhalingsmasker met verse luchttoevoer ademhalingsmasker met filter gewoon mondmasker
 valbeveiliging andere:
46. Getroffen of te treffen maatregelen om gelijkaardige ongevallen te vermijden:
 Code (6): |..|..|
 Code (6): |..|..|
 Code (6): |..|..|

Naam van de preventieadviseur:

Handtekening:

- (1) = Facultatief
- (2) = Dag / maand / jaar
- (3) = Aankruisen wat van toepassing is
- (4) = Verplicht formaat vanaf 2011. Tot in 2010 kan u uw rekeningnummer eveneens meedelen in het formaat met 12 posities
- (5) = Niet invullen indien het een ongeval op de arbeidsweg betreft
- (6) = Deze informatie vindt u in de tabellen van de bijlage IV van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende de Interne Dienst voor preventie en bescherming op het werk (E.S. 31 maart 1998).
- (7) = Deze informatie vindt u op het medisch attest.
- (8) = Zie lijst opgenomen in het KB van 19 april 1999 tot vaststelling van de elementen over te dragen aan het Fonds voor Arbeidsongevallen.

Model B. Doktersattest



1F3C8D-000031-01-080417

Naam, voornamen, hoedanigheid,
adres

Naam, voornamen, adres van de
getroffene

Vermelden : de soort en de aard
der verwondingen, de getroffen
lichaamsdelen : armbreuk, hoofd-
of vinger-kneuzing; inwendig
letsel, verstikking enz.

De zekere of vermoedelijke
gevolgen van het vastgestelde
letsel vermelden : dood -
volkomen of gedeeltelijk
blijvende ongeschiktheid -
volkomen of gedeeltelijke
tijdelijke ongeschiktheid met
opgave van de vermoedelijke duur
van die tijdelijke
ongeschiktheid.

Wat de dokter dient vast te
stellen is de ongeschiktheid die
normaal uit het letsel zelf
volgt, dus zonder rekening te
houden met welke andere
omstandigheden ook.

Vermelden, al naar het geval, of
de gekwetste in zijn huis, in dit
van de dokter, in een ziekenhuis
en in het wolk dan, of op welke
andere plaats ook wordt verzorgd.

Indien de dokter die overtuiging
heeft, de redenen daarvan
nauwkeurig opgeven om de
administratie in de mogelijkheid
te stellen met volle kennis van
zaken een beslissing te nemen.

De ondergetekende

heeft

onderzocht na het ongeval dat hem op

is overkomen,
en verklaart :

1. dat het ongeval volgend letsel heeft
teweeggebracht :

2. dat dit letsel tot gevolg heeft gehad (zal
hebben) :

3. dat de ongeschiktheid begon (zal beginnen)
op :

4. dat de gekwetste verzorgd wordt :

5. dat hij (niet) overtuigd is dat de
vastgestelde verwonding of ziekte te wijten is
aan het aangehaalde ongeval :

Opgemaakt, te

(Handtekening)

Medische Dienst van de geïntegreerde politie

Ter attentie van de Centrale Controlecel
Kroonlaan 145A, 1050 Brussel

Telefoon : 02/554 46 14 – 02/642 78 73

Fax : 02/642 78 66

e-mail : certif@smdpol.be

Dit medisch getuigschrift dient per gewone POST of als bijlage aan een e-mail of per Fax verstuurd te worden binnen de **24 uur** naar het hierboven vermeld adres.

Opgelet !

Om aanvaard te worden, en indien het getuigschrift binnen de 24 uur per mail of per fax opgestuurd werd, **MOET** het **ORIGINEEL** van dit getuigschrift opgestuurd worden naar de Medische Dienst bij de **WERKHERVATTING OF TEN LAATSTE** binnen de **DRIE MAANDEN** te rekenen vanaf het begin van de vrijstelling, zelfs via de interne post.

In geval van oproeping :Adres van de Provinciale Medische Centra

PMC BRABANT (Kroontuinen) Kroonlaan, 145B Blok F – 1050 Brussel	02/642.77.13
CMP NAMUR Rue Bertrand Janquin, 70 – 5100 Jambes	081/32.33.35
CMP LIEGE Rue Verte Voie, 1 – 4041 Vottem	04/228.67.01
CMP HAINAUT Rue Docteur Picard, 66 – 6040 Jumet	071/25.84.66
CMP LUXEMBOURG Avenue de la gare, 18 – 6840 Neufchâteau	061/22.03.88
PMC WEST-VLAANDEREN Zandstraat, 144 – 8200 Brugge	050/45.77.35
PMC OOST-VLAANDEREN Groendreef, 181 – 9000 Gent	09/237.14.67
PMC ANTWERPEN Boomsesteenweg, 180 – 2610 Antwerpen (Wilrijk)	03/829.70.71
PMC LIMBURG Luikersteenweg, 228 – 3500 Hasselt	011/28.73.86

De, op de voorkant van dit document, hernomen gegevens worden door de Psychological Medical Service van de geïntegreerde politie opgenomen in een databank voor het beheer van de afwezigheden wegens ziekte en het beheer van de verminderde prestaties. Als u deze gegevens wil inzien of eventueel verbeteren, kan u zich wenden tot de Psychological Medical Service van de geïntegreerde politie, Kroonlaan 145F, 1050, Brussel (Wet van 08/12/1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer).

1	<p>NAAM : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>VOORNAAM: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Ident: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 4 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 4 - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>Verblijfplaats tijdens de herstelperiode : (indien ander dan de woonplaats)</p> <p>Straat : Nummer : Bus :</p> <p>Postcode : Gemeente :</p>																																
2	<p>DIAGNOSE (Indien letsel ledematen, links / rechts aanduiden) (Invullen in drukletters)</p> <p style="text-align: right;">CODES DPMS</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px dotted black; width: 70%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dotted black;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dotted black;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dotted black;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>			<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																										
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>																										
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>																										
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>																										
3	<p>Indien de letsels het gevolg zijn van een ongeval (Invullen in drukletters)</p> <p>- Oorzaak en vermoedelijke omstandigheden :</p> <p>- Datum van het ongeval : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>- Arbeidsongeval : <input type="checkbox"/> Sportongeval : <input type="checkbox"/> Ongeval met derde : <input type="checkbox"/> Privé-ongeval : <input type="checkbox"/></p>																																
4	<p>VOORSTEL TOT ARBEIDSONGESCHIKTHEID</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; padding: 5px;">A Volledige arbeidsongeschiktheid</td> <td style="padding: 5px;">Van <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> t.e.m. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Mag de woning verlaten</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B Verminderde prestatie tot : (aankruisen)</td> <td style="padding: 5px;">Van <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> t.e.m. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 60 % <input type="checkbox"/> 80 % </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">C Ongeschiktheid om bepaalde dienstactiviteiten te presteren</td> <td style="padding: 5px;">Van <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> t.e.m. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Codes (0 tot 7) :</td> <td style="padding: 5px;">Of beknopte beschrijving :</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="padding: 5px;">.....</td> </tr> </table>	A Volledige arbeidsongeschiktheid	Van <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> t.e.m. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Mag de woning verlaten	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>	B Verminderde prestatie tot : (aankruisen)	Van <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> t.e.m. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 60 % <input type="checkbox"/> 80 %		C Ongeschiktheid om bepaalde dienstactiviteiten te presteren	Van <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> t.e.m. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Codes (0 tot 7) :	Of beknopte beschrijving :	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																		
A Volledige arbeidsongeschiktheid	Van <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> t.e.m. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																
Mag de woning verlaten	JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>																																
B Verminderde prestatie tot : (aankruisen)	Van <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> t.e.m. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																
<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 60 % <input type="checkbox"/> 80 %																																	
C Ongeschiktheid om bepaalde dienstactiviteiten te presteren	Van <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> t.e.m. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																
Codes (0 tot 7) :	Of beknopte beschrijving :																																
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																
5	<p>HOSPITALISATIE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Naam en adres van het ziekenhuis : </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Datum opname : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> Datum ontslag : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> </table>	Naam en adres van het ziekenhuis :	Datum opname : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Datum ontslag : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																												
Naam en adres van het ziekenhuis :	Datum opname : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																
	Datum ontslag : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																
6	<p>BIJ OVERLIJDEN</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">Datum</td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> </table>	Datum	: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																														
Datum	: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																
7	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Datum onderzoek: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Stempel of Naam, Voornaam RIZIV nummer en handtekening van de geneesheer. </td> </tr> </table>	Datum onderzoek: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Stempel of Naam, Voornaam RIZIV nummer en handtekening van de geneesheer.																														
Datum onderzoek: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Stempel of Naam, Voornaam RIZIV nummer en handtekening van de geneesheer.																																
8	<p>Datum van aankomst SMD :</p>																																

Politiezone of -dienst

Benaming :.....

Adres :.....

.....

.....

Telefoon :.....

Stempel van de politiezone of -dienst.

Dit administratief luik moet per post
binnen de 24 uren
naar het bovenvermelde adres worden toegestuurd.

Medisch getuigschrift (administratief luik)

A. Vak voorbehouden aan de behandelende geneesheer

Ondergetekende geneesheer verklaart heden persoonlijk te hebben ondervraagd en onderzocht M.....

a) en hem (haar) ongeschikt heeft bevonden om (1)

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> te werken | vantotinbegrepen |
| <input type="checkbox"/> meer dan 50 – 60 – 80 % (3) te presteren | vantotinbegrepen |
| <input type="checkbox"/> sommige dienstactiviteiten te presteren | vantotinbegrepen |

Codes :

of

beknopte beschrijving van de beperkingen

.....

.....

omwille van :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ziekte | <input type="checkbox"/> ongeval tijdens een betaalde sportactiviteit |
| <input type="checkbox"/> arbeidsongeval | <input type="checkbox"/> ongeval met derde |
| <input type="checkbox"/> ongeval op de weg naar of van het werk | <input type="checkbox"/> beroepsziekte |
| <input type="checkbox"/> privé-ongeval | <input type="checkbox"/> andere : |

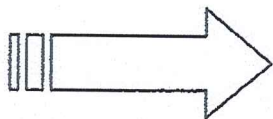
De woonst verlaten : toegestaan verboden

Hervallen : ja neen

In het geval van een arbeidsongeval of een beroepsziekte :
datum van het ongeval of van de eerste arbeidsongeschiktheid / /

b) zwanger is. -vermoedelijke datum van de bevalling / /

-aanvangsdatum van het bevallingsverlof / /



Datum en handtekening

Stempel van de geneesheer

B. Vak in te vullen door het personeelslid vóór de tussenkomst van de geneesheer

Naam en voornaam van het personeelslid (2)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straat

Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postcode

Plaats

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefoon- of GSM-nummer

Identificatienummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- (1) aanduiden wat van toepassing is
- (2) voor de gehuwde vrouw alleen de meisjesnaam vermelden
- (3) schrappen wat niet past