

Aanvraag van deeltijdse arbeidshervatting

Te gebruiken voor de aangifte aan de, Medische Dienst van de Politie, Certimed, Securex Medische Control of MediCheck

(Voor alle verplichte/facultatieve/verboden velden: zie de specifieke gegevensverzameling van de ontvanger)

NAAM		Geboortedatum	
VOORNAAM		Tel. patiënt	
INSZ		Tel. contact	
Beroep (huidig)		Zelfstandige : ja – neen	Geslacht : M V X

DUUR VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID :

Van (<i>begindatum</i>)	Tot en met (<i>einddatum</i>)	☐ Verlenging (<i>facultatief</i>)	☐ Herval (<i>facultatief</i>)
---------------------------	---------------------------------	--	--

Maak zwart wat van toepassing is

☐ Ziekte			
☐ Ziekte zwangerschapsgebonden		Vermoedelijke bevallingsdatum	... - ... - 20..
		Begindatum moederschapsrust	... - ... - 20..
☐ Ongeval	☐ Privé / Gemeen recht ☐ Arbeidsongeval ☐ Ongeval van of naar het werk	Datum van het ongeval	... - ... - 20..
☐ Beroepsziekte		Datum aanvraag beroepsziekte	... - ... - 20..
Woning verlaten		☐ Toegelaten	☐ Niet toegelaten

PERCENTAGE WERKHERVATTING :

De patiënt kan de arbeid voor ... % hervatten. (<i>verplicht</i>)

DIAGNOSE (*max 3*):

Codetype	+ code	en/of vrije tekst
Codetype	+ code	en/of vrije tekst
Codetype	+ code	en/of vrije tekst

☐ HOSPITALISATIE (*facultatief*)

Van (<i>begindatum</i>)	Tot en met (<i>ontslagdatum</i>)	Adres van het ziekenhuis
Naam van het ziekenhuis		

☐ VERBLIJF TIJDENS HERSTEL (*facultatief*): Straat - Nr. - Bus – Postcode - Gemeente

☐ AANVRAAG VERBLIJF BUITENLAND (*facultatief*) : van (*begindatum*) tot en met (*einddatum*)

NAAM ZORGVERLENER RIZIV-nr. Telefoonnummer/e-mail (<i>facultatief</i>)	Handtekening van de zorgverlener (kan een gescande handtekening zijn)
Referentie getuigschrift : abcd12345678	DATUM : datum van het attest

U werkt bij **de politie (lokaal of federaal)** en u geeft er de voorkeur aan het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid per post te versturen? Dan verstuurt u dit certificaat binnen de 24 uur na raadpleging van de arts, - de poststempel geldt als bewijs – naar Provinciaal Medisch Centrum van de provincie waar u woont. De adressen vindt u terug op www.smdpol.be.

Bezorg dit getuigschrift aan Certimed ofwel per mail : attesten@certimed.be ofwel per post : Postbus 10018- 1070 Anderlecht

Uw werkgever heeft aan **Securex Medische Controle** het beheer van de medische getuigschriften toevertrouwd.

Stuur dit attest voldoende gefrankeerd zo spoedig mogelijk op naar **Securex Medische Controle, Verenigde-Natieslaan 1 te 9000 Gent**.

Uw werkgever heeft aan **MediCheck** het beheer van de getuigschriften toevertrouwd. Stuur dit attest naar het adres vermeld in uw arbeidsreglement.

Deze gegevens worden verwerkt overeenkomstig de Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens.