|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Deel 2: Geneeskundig getuigschrift bij een buitendienstongeval | DCPA-200723 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  | Agentschap Overheidspersoneel**Dienstencentrum Personeelsadministratie**Havenlaan 88 bus 38, 1000 BRUSSEL**T** 02 553 60 00[vlaanderen.be/intern/dienstencentrum-personeelsadministratie](file:///C%3A%5CUsers%5Craveydva%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5CDS9B38SH%5Cvlaanderen.be%5Cintern%5Cdienstencentrum-personeelsadministratie) | *In te vullen door de behandelende afdeling*ontvangstdatum |
|  |
|  |
|  | ***Waarvoor dient dit getuigschrift?***Met dit getuigschrift stelt de behandelende arts het letsel en de arbeidsongeschiktheid van het personeelslid dat een buitendienstongeval heeft gehad vast. De aangifte bestaat uit 2 delen:* ‘Deel 1: Aangifte van een buitendienstongeval’, in te vullen door het personeelslid en de werkgever.
* ‘Deel 2: Geneeskundig getuigschrift bij een buitendienstongeval’, in te vullen door de behandelende arts.

Meer informatie over het aangeven van een beroepsziekte vind je op de [webpagina ‘vlaanderen.be/intern/personeel/welzijn/beroepsziekte’](https://overheid.vlaanderen.be/personeel/welzijn/beroepsziekte). |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  |
|  | Gegevens van het personeelslid |
|  |
| 1 | Vul de persoonlijke gegevens van het personeelslid in. |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  |
|  | Gegevens van de behandelende arts |
|  |
| 2 | Vul uw persoonlijke gegevens in. |
|  | naam |       |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  |
|  | Gegevens over het ongeval  |
|  |
| 3 | Vul de gegevens over het ongeval in. |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | arbeidsongeschiktheid | [ ]  | ja  | [ ]  | nee  |
|  | arbeidsongeschiktheid : van | dag |    | maand |    | jaar |      | tot en met | dag |    | maand |    | jaar |      |
|  | aard van het letsel |       |
|  |  |       |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  | Ondertekening |
|  |
|  | Druk in het vak hiernaast uw doktersstempel af. |  |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |  |
|  | voor- en achternaam |       |  |