|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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:\Users\raveydva\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\DS9B38SH\vlaanderen.be\intern\dienstencentrum-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 |  | | | | | |  |