|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Deel 2: Medisch getuigschrift | | | | | | | | | 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?***  Dit getuigschrift geldt als bewijsstuk voor de aangifte van een beroepsziekte. De aangifte bestaat uit 2 delen:   * ‘Deel 1: Melding van een beroepsziekte’, in te vullen door je leidinggevende. * ‘Deel 2: Medisch getuigschrift’, in te vullen door de arbeidsarts.   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 |  | | | | | | | | |
|  | functie |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de arbeidsarts | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 2 | Vul uw persoonlijke gegevens in. | | | | | | | | | |
|  | naam |  | | | | | | | | |
|  | straat en nummer |  | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente |  | | | | | | | | |
|  | functie |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens over de beroepsziekte | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 3 | Vul de gegevens over de gevolgen van de beroepsziekte in. | | | | | | | | | |
|  | aanvangsdatum | dag |  | maand |  | jaar |  |  | | |
|  | aard |  | | | | | | | | |
|  | plaats van verzorging |  | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 | Omschrijf de oorzaak van de beroepsziekte. | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 5 | Vul uw eventuele opmerkingen in. | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | Ondertekening | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 6 | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | | | | | | |
|  | **Ik bevestig dat alle gegevens in dit getuigschrift naar waarheid zijn ingevuld.** | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |