

## GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID ZELFSTANDIGE

### In te vullen door de sociaal-verzekerde

**Naam:**  
**Voornaam:**  
**Rijksregisternummer:**  
**Lidnummer:**  
**Verblijfadres** (indien niet identiek aan het officieel adres):

.....  
.....

(De sociaal-verzekerde moet aan zijn verzekeringsinstelling binnen de 2 kalenderdagen alle wijzigingen van zijn verblijfadres meedelen)

**Dit getuigschrift betreft:**  Begin van deze arbeidsongeschiktheid  
 Verlenging van deze arbeidsongeschiktheid

Beroepssituatie op het ogenblik van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid:  **Zelfstandige**  
 **Omeewerkende echtgeno(o)t(e)**

Beroep (huidig): .....

**De arbeidsongeschiktheid is het gevolg van:**

**Oeen ongeval**  **Oeen beroepsziekte die voortvloeit uit een activiteit als loontrekkende**

**Of**  
**Kleefbriefje**

### MEDISCH GEHEIM: in te vullen door de arts

Ik ondergetekende, arts, verklaar op basis van mijn klinisch onderzoek en de medische bevindingen, waarover ik nu beschik, vast te hebben gesteld dat M. .... arbeidsongeschikt is

van ...../...../..... tot en met ...../...../.....

**Diagnose of symptomatologie, en/of functionele stoornissen:** .....

.....

Professionele en sociale moeilijkheden kunnen eveneens vermeld worden. Het geheel van deze bevindingen laten een betere evaluatie van de arbeidsongeschiktheid toe. Zo kan men de oproepingen gericht inplannen.

**Facultatieve codering van de hoofddiagnose:** ICPC-2: ..... Of ICD-10: .....

De betrokkene is of zal worden gehospitaliseerd vanaf: ...../...../.....

In geval van zwangerschap, vermoedelijke bevallingsdatum: ...../...../.....

**Communicatie met de adviserend arts: de adviserend arts kan mij telefonisch of via mijn e-mailadres bereiken:**

.....

*De overdracht van medisch vertrouwelijke gegevens zal steeds via beveiligde applicaties gebeuren.*

**Identificatie arts met inschrijvingsnummer RIZIV:**

.....

**Datum:** ...../...../.....

**Handtekening arts**