



**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**  
 **meewerkende echtgeno(o)t(e)**

Beroep (huidig): .....

**De arbeidsongeschiktheid is het gevolg van:**

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



**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 betrokken persoon 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 geneesheer: de adviserend geneesheer 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**

.....