



## Entschädigungsantrag wegen des Ablebens zufolge einer Berufskrankheit

### Richtlinien für die Ausfüllung dieses Formulars

Dieses Formular müssen Sie benutzen um einen Entschädigungsantrag wegen des Ablebens zufolge einer Berufskrankheit bei Fedris einzureichen.

Das Formular besteht aus **zwei** Teilen:

- **Teil 1** muss von Ihnen als Berechtigte(r) ausgefüllt, datiert und unterzeichnet werden.
- **Teil 2** müssen Sie danach vom Arzt Ihrer Wahl ausfüllen lassen.

Die zwei Teile sind notwendig für die Verarbeitung des Antrags.

### Versendung

Der/die Berechtigte(r) oder der Arzt schickt das ausgefüllte Formular zum ärztlichen Direktor von Fedris, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brüssel.

Eventuelle Anlagen fügen Sie hinzu oder können Sie in einem getrennten Briefumschlag an dieselbe Adresse schicken, mit der Verweisung zum Formular „Entschädigungsantrag wegen des Ablebens zufolge einer Berufskrankheit“.

## Teil 1: von dem (der) Antragsteller(in) auszufüllen

### A. Identität des/der Verstorbene(n)

Aktenzeichen Fedris			
Name			
Vorname			
Adresse (zur Lebzeit) Straße und Nummer		Nr.	Briefkasten
Postleitzahl und Gemeinde (für Brüssel die Teilgemeinde genau angeben)	Postleitzahl		Gemeinde
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)			
Todesdatum (Tag, Monat, Jahr)			
Nationalregisternummer	-	-	

### B. Identität des Antragstellers/der Antragstellerin

Name			
Vorname( offizieller Vorname )			
Adresse Straße und Nummer		Nr.	Briefkasten
Postleitzahl und Gemeinde (für Brüssel die Teilgemeinde genau angeben)	Postleitzahl		Gemeinde
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)			
Handelnd als (Zutreffende bitte unterstreichen.)	Ehemann – Ehefrau – Sohn – Tochter – Vater – Mutter – Großmutter– Großvater- Enkelkind-Bruder – Schwester - andere:		
Telefonnummer			
Nationalregisternummer	-	-	

### C. Identität der Ärzten die den/die Verstorbene(n) versorgt haben

Name und Adresse des Hausarztes	
Name und Adresse des behandelnden Facharztes (insbesondere der Lungenarzt im Fall einer Berufskrankheit des Atmungssystems)	

### D. Identität des Arztes und Auftrag

Der Antragsteller/die Antragstellerin bittet den Arzt <sup>1</sup> .....

die in diesem Formular gestellten Fragen und eventuelle zusätzliche Fragen von den Ärzten von Fedris vollständig und aufrichtig zu beantworten.

Ausgefüllt in ..... am (Datum) .....

(Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin)

<sup>1</sup> Name, Vorname und vollständige Adresse des Arztes/der Ärztin, der/die das Ableben festgestellt hat oder der/die dem Gesundheitszustand des/ der Verstorbenen gefolgt hat und den/die gebeten wird Teil 2 des Formulars auszufüllen.

## Teil 2: von dem beauftragten Arzt auszufüllen

### Auskünfte und Richtlinien für den Arzt, der das Formular ausfüllt

Die Informationen in diesem Formular sind für die Ärzte von Fedris bestimmt. Teil 2 muss vollständig von Ihnen ausgefüllt und mit den Anlagen, die für die Untersuchung des Antrags nützlich sein können, ergänzt werden. Die erteilten Informationen werden als Basis für die Feststellung des Rechtes auf Entschädigung wegen des Ablebens der betroffenen Person dienen.

**Dieses Formular ist wichtig.** Wenn es ausbleibt oder unzureichende Daten enthält, wird Fedris für Berufskrankheiten auf der Grundlage der medizinischen Daten, über den er verfügt, eine Entscheidung treffen. Das kann also bedeuten, dass der Antrag auf Entschädigung abgelehnt wird.

Der Kode des ärztlichen Berufsethos erlaubt Ihnen medizinische Berichte zu liefern, in Anwendung der gesetzlichen Vorschriften bezüglich der Berufskrankheiten.

Wenn Sie noch Fragen haben, treten Sie bitte in Verbindung mit dem medizinischen Dienst von Fedris.

#### A. Erklärung des Arztes

Unterszeichnete(r) (Name) .....

- Hausarzt des/der Verstorbenen
- Arzt, der an dem Pflegeheim, in dem der Patient sich aufhielt, verbunden ist

Name dieses Pflegeheims: .....

Adresse: .....

- andere Eigenschaft als Arzt: .....

erklärt:  das Ableben festgestellt zu haben  
 dem Gesundheitszustand gefolgt zu haben

des/der Verstorbenen, dessen Identität im Teil 1.A dieses Formulars erwähnt wird.

#### B. Ort und Umstände des Ablebens

- ▶ Wo ist die betroffene Person gestorben (ankreuzen)?  zu Hause  
 in dem unter A erwähnten Pflegeheim  
 anderswo

▶ Wenn anderswo, bitte eine kurze Beschreibung der Umstände des Ablebens: .....

#### C. Allgemeine medizinische Auskünfte

▶ Wenn Sie den Patient zur Lebzeit untersucht haben, Datum der letzten Untersuchung: .....

▶ Kurze Beschreibung der wichtigsten medizinischen und chirurgischen Vorgeschichte: .....

▶ Kurze Beschreibung der Stammbehandlung während des letzten Jahres vor dem Ableben: .....

▶ Eventuelle Änderung der Behandlung während der letzten Wochen vor dem Ableben: .....

▶ Wurde der Patient/die Patientin während der letzten zwei Jahren vor dem Ableben in ein Krankenhaus aufgenommen oder von einem Facharzt behandelt?  JA  NEIN

Wenn JA, geben Sie den Namen und die Adresse des Facharztes und/oder des Krankenhauses (Sie brauchen diese Daten nicht zu geben, wenn die medizinischen Protokolle auch geschickt werden)

**D. Spezifische Auskünfte über die Ursachen und Umstände des Ablebens**

- ▶ Ist der Patient plötzlich gestorben?     JA                     NEIN
  
- ▶ Wurde eine Autopsie durchgeführt?     JA                     NEIN  
Wenn JA, Autopsieprotokoll hinzufügen.
  
- ▶ Zeigte der/die Patient(in), vor seinem/ihrem Ableben, Symptome von:
  - Ateminsuffizienz                             JA                     NEIN
  - Herzinsuffizienz                              JA                     NEIN
  - akute Pneumopathie                         JA                     NEIN
  - Schlaganfall                                  JA                     NEIN
  - Neoplasie                                      JA                     NEIN
  
  - andere Erkrankung: genau angeben bitte .....
  
- ▶ Beschreiben Sie die Natur und den Verlauf dieser Erkrankung(en) (wenn sie nicht in den beigefügten Protokollen beschrieben werden)  
.....  
.....
  
- ▶ Was ist, Ihrer Meinung nach, die Todesursache? Begründen Sie soviel wie möglich Ihre Antwort.  
.....  
.....

**E. Medizinische Dokumenten hinzufügen (diese Dokumente sind wesentlich für die Beurteilung des Antrags)**

- ▶ **Im Fall einer respiratorischen und/oder kardialen Erkrankung (Dokumente hinzufügen sofern sie die zwei letzten Jahre vor dem Ableben betreffen)**
  - Hospitalisierungs- und/oder Untersuchungsberichte des Pneumologen und/oder Kardiologen
  - Röntgenaufnahmen oder Computertomogramm des Thoraxes
  - Der vollständige EKG und die Ergebnisse der Herzechographie
  - Kurve und Ergebnisse der Lungenfunktionstests und Diffusionmessung
  - Ergebnisse der Blutgasanalyse
  - Wenn notwendig: der Beweis der Notwendigkeit einer längeren Sauerstofftherapie oder die Therapiegenehmigung durch den Krankenkassenarzt.
  
- ▶ **Im Fall einer Neoplasie**
  - Bericht des Facharztes bezüglich der Diagnose (u.a. Anatomopathologie), Behandlung und Verlauf
  
- ▶ **In allen anderen Fällen**
  - alle medizinische Berichte, die relevanten Auskünfte bezüglich des Ablebens verschaffen.

**Unterzeichnete(r) bestätigt, dass diese Erklärung aufrichtig und vollständig ausgefüllt ist.**

Arzt:	.....	Stempel:
Straße und Nr.:	.....	
Wohnort:	.....	
LIKIV-nummer:	.....	
Telefon:	.....	
Fax:	.....	
Email:	.....	

Unterschrift des Arztes:

Datum: