

## Specifieke informatie in verband met COVID-19

Om ons toe te laten uw aanvraag zo snel mogelijk te behandelen vragen wij u de richtlijnen hieronder op te volgen.

Formulier 601	Formulier 603
(administratief formulier dat u en uw werkgever moeten invullen)	(medisch formulier dat door een dokter moet ingevuld worden)
Behalve uw <b>persoonlijke gegevens</b> (naam, voornaam, geboortedatum, adres, telefoonnummer en/of GSM-nummer en mailadres) en uw <b>vorming</b> , is het absoluut noodzakelijk om ons zo veel mogelijk informatie over uw beroepsactiviteit te bezorgen.	moet de duidelijke diagnose (COVID-19) en de medische evolutie van de ziekte (doktersverslagen) bevatten;
Laat uw werkgever zeker rubriek B invullen, met vermelding van de dienst waarop u tewerkgesteld bent. U en/of uw werkgever moet(en) ook de <b>aard van uw beroepsbezigheden</b> beschrijven tijdens de laatste weken vóór het verschijnen van de symptomen.	moet het <b>laboratoriumprotocol dat de besmetting met het SARS-CoV-2-virus bevestigt (die resultaten zijn absoluut noodzakelijk om uw dossier te behandelen) bevatten;</b>
Vergeet niet om een <b>kleefbriefje van uw ziekenfonds</b> toe te voegen en om uw <b>sociale toestand</b> in vak 6 aan te duiden. Vergeet zeker niet uw aanvraag <b>te dateren en te ondertekenen</b> .	moet de duur van de arbeidsongeschiktheid die door de dokter voorgeschreven werd (indien mogelijk een kopie van het medisch attest) bevatten.
Dit formulier moet samen met het formulier 603 (medisch attest) opgestuurd worden.	Als de arbeidsongeschiktheid verlengd wordt, stuurt u ons zo snel mogelijk een kopie van het medisch attest dat de periode en de reden van de verlenging vermeldt.



**MEDISCH GETUIGSCHRIFT TE VOEGEN BIJ DE AANVRAAG OM SCHADELOOSSTELLING VOOR EEN BEROEPSZIEKTE (\*)**

**Beroepszietewetgeving voor personeelsleden uit de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten**

(\*) Voor de aanvraag om terugbetaling van de kosten voor verstrekkingen voorzien in de specifieke nomenclatuur (vaccins, individuele beschermingsmiddelen,...) moet u het specifieke aanvraagformulier (511N-513N) gebruiken.

Ondergetekende ..... , dokter in de geneeskunde, verklaart de persoon waarvan de identiteit vermeld wordt in vak 1 onderzocht te hebben.

<b>VAK 1</b>	<b>Identiteit (invullen in hoofdletters a.u.b.)</b>												
Naam (voor vrouwen : de meisjesnaam)													
Voornaam (officiële voornaam)													
Straat en nummer (evt. busnummer)													
										Nr.		Bus	
Postcode en gemeente													
Geboortedatum (dag, maand, jaar)													

<b>VAK 2</b>	<b>Richtlijn voor de geneesheer</b>												
<p>1. Voor elke aanvraag om schadeloosstelling eist Fedris dat dit document volledig ingevuld en ondertekend wordt. Elke onvolledige aanvraag (het aanvraagformulier werd slecht ingevuld of de onontbeerlijke medische stukken ontbreken) vertraagt de afhandeling van het dossier.</p> <p>2. Indien de aanvraag meerdere pathologieën behelst, moet één getuigschrift per ziekte ingevuld worden.</p> <p>3. Onderhavig getuigschrift moet in elk geval aangevuld worden met de medische stukken die toelieten de diagnose te stellen en de ziekte te staven :</p> <p>⇒ in geval van <b>pneumoconiose</b> opname en protocol van een standaardradiografie van de thorax; voor de <b>ziekten veroorzaakt door asbest</b> : opnamen en protocol van een tomodensitometrie (CT-SCAN) van de thorax, fijne en dikke coupes</p> <p>⇒ in geval van <b>bronchiaal astma</b> verslag van de pneumoloog, tracé van de longfunctieproeven, aspecifieke bronchiale provocatietesten, bloedonderzoek (RAST,...)</p> <p>⇒ in geval van <b>infectieuze hepatitis</b> laboratoriumresultaten (serologie + enzymen)</p> <p>⇒ in geval van <b>allergische dermatose</b> resultaten van de huidtesten</p> <p>⇒ in geval van <b>intoxicatie</b> resultaten van de biologische en toxicologische onderzoeken</p> <p>⇒ in geval van <b>hypercousie</b> tonaal audiogram van beide oren</p> <p>⇒ in geval van <b>artrose</b> radiografieën van de gewrichten of van de betrokken anatomische localisatie (opnamen en protocollen)</p> <p>⇒ in geval van <b>tendinitis</b> verslag van de specialist, echografie (opname en protocol)</p> <p>⇒ in geval van <b>carpale tunnelsyndroom</b> verslag van de specialist, electromyografie, verslag van de heelkundige ingreep</p> <p><u>Deze lijst is niet limitatief.</u></p>													

<b>VAK 3</b>	<b>Aard van de aanvraag</b>
--------------	-----------------------------

De in vak 1 vermelde persoon wenst volgende aanvraag in te dienen (*kruis het passende vakje aan*)

- een eerste aanvraag of een aanvraag na verwerping.  
(*vervolledig rubriek A, getiteld eerste aanvraag of aanvraag na verwerping*)
- een aanvraag om herziening van een reeds erkende beroepsziekte.  
(*vervolledig rubriek B, getiteld aanvraag om herziening*)

<b>Rubriek A</b>	<b>Eerste aanvraag of aanvraag na verwerping</b>
------------------	--

Duidelijke diagnose van de ziekte	.....	
Anamnese en klinisch onderzoek	..... ..... ..... .....	
Opgave van de medische stukken die toelieten om de diagnose van de ziekte te stellen en die bij de aanvraag <b>moeten</b> gevoegd worden ( <i>zie de richtlijn voor de geneesheer, vak 2</i> )	..... ..... ..... .....	
Datum van de eerste medische vaststelling van de beroepsziekte	__ / __ / ____	
Periodes van arbeidsongeschiktheid - invaliditeit ingevolge de beroepsziekte	van __ / __ / ____ tot __ / __ / ____ van __ / __ / ____ tot __ / __ / ____ van __ / __ / ____ tot __ / __ / ____	
Activiteit of agens dat vermoedelijk de beroepsziekte veroorzaakte	..... .....	
Gedetailleerde beschrijving van de oorzakelijke beroepsactiviteit	..... ..... .....	
Is de patiënt nog steeds blootgesteld aan dit risico ?	( <i>antwoord met ja of neen</i> ) .....	( <i>indien neen, sinds wanneer</i> ) vanaf __ / __ / ____
Moet de patiënt tijdelijk verwijderd worden uit dit risico ?	( <i>antwoord met ja of neen</i> ) .....	( <i>indien ja, vul ook rubriek D in</i> )
Heeft de patiënt wegens zijn beroepsziekte de geregelde hulp van een derde persoon nodig ?	( <i>antwoord met ja of neen</i> ) .....	( <i>indien ja, vul ook rubriek C in</i> )
Meent u dat het hier een ziekte betreft die voorkomt op de Belgische lijst der erkende beroepsziekten ? ( <i>zie bijlage</i> )	( <i>antwoord met ja of neen</i> ) .....	
<b>Indien u van oordeel is dat het een ziekte betreft die niet op de Belgische lijst van de beroepsziekten (<i>zie bijlage</i>) voorkomt, lever dan het bewijs dat deze ziekte haar determinerende en rechtstreekse oorzaak vindt in de beroepsuitoefening (wetenschappelijke publicaties enz...)</b>	<i>Opgave van de bijgevoegde bewijsstukken :</i> ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	

<b>Rubriek B</b>	<b>Aanvraag om herziening</b>	
Duidelijke diagnose van de ziekte die reeds vergoed wordt	..... .....	
Bewijs van de verergering van de ziekte ; nieuwe gegevens in de anamnese en in het klinisch onderzoek	..... ..... .....	
Opgave van de medische stukken die de verergering aantonen (bij de aanvraag voegen)	..... ..... .....	
Periodes van arbeidsongeschiktheid ingevolge de beroepsziekte ?	van __/__/____ tot __/__/____ van __/__/____ tot __/__/____	
Is de patiënt nog steeds blootgesteld aan het risico van het beroepsziekte ?	(antwoord met ja of neen) .....	(indien neen, sinds wanneer) vanaf __/__/____
Moet de patiënt tijdelijk verwijderd worden uit dit risico ?	(antwoord met ja of neen) .....	(indien ja, vul ook rubriek D in)
Heeft de patiënt wegens zijn beroepsziekte de geregelde hulp van een derde persoon nodig ?	(antwoord met ja of neen) .....	(indien ja, vul ook rubriek C in)

<b>Rubriek C</b>	<b>Aanvraag om de geregelde hulp van een derde persoon</b>	
		(antwoord met ja of neen)
1. Kan patiënt zich alleen	- buitenshuis verplaatsen ? - binnenshuis verplaatsen ?	
2. Is patiënt bedlegerig ?		
3. Is patiënt door zijn beroepsziekte niet in staat om	- alleen zijn eten klaar te maken ? - zich alleen te voeden ?	
4. Kan patiënt	- alleen zijn woonst onderhouden ? - zich volledig alleen wassen ? - zich wassen met gedeeltelijke hulp van een derde ? - zich niet wassen zonder volledige hulp van een derde ? - zonder enige hulp zijn behoefte doen ? - voortdurend onder toezicht blijven ? - intermitterend onder toezicht blijven ?	
5. Is er een andere aandoening die patiënt afhankelijk maakt van derden ? Zo ja, welke ?		..... .....
6. Is patiënt gehospitaliseerd ? Zo ja, sedert wanneer en voor welke pathologie ? (voeg het hospitalisatieverslag bij)		vanaf __/__/____ pathologie : .....
7. Werd patiënt gedurende het laatste jaar gehospitaliseerd ? Zo ja, gedurende hoeveel maanden en voor welke pathologie ? (voeg de hospitalisatieverslagen bij)		maand : ..... pathologie : .....
8. Is de behoefte aan hulp van een andere persoon definitief ? Indien neen, geschatte duur ? (vanaf de aanvraag)		duur : .....

<b>Rubriek D</b>		<b>Aanvraag om tijdelijke verwijdering uit het risico van beroepsziekte</b>	
<b>Arbeidsgeneeskundige dienst</b>			
Naam en adres van de bedrijfsge- neesheer of van de interbedrijfsge- neeskundige dienst		..... ..... .....	
<b>Gegevens omtrent het risico waaruit de aanvrager zou moeten verwijderd worden</b>			
Uit welk beroepsrisico moet de bedoelde persoon tijdelijk verwijderd worden ?		..... ..... .....	
<b>Gegevens omtrent de verwijdering</b>			
Medische redenen die de gegrondheid van de tijdelijke verwijdering staven (redenen die de vatbaarheid voor of de bedreiging door een beroepsziekte staven)		..... ..... ..... .....	
Opgave van de bijgevoegde medische stukken die de tijdelijke verwijdering staven (b.v. audiogram, laboresultaten...)		..... ..... .....	
<b>Wijze waarop de verwijdering gebeurde of zal gebeuren</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- door mutatie naar een arbeidspost buiten het risico</li> <li>- zo ja, <ul style="list-style-type: none"> <li>- datum van de postenmutatie</li> <li>- aard van de nieuwe arbeidspost</li> </ul> </li> </ul>		(antwoord met ja of neen) .....  __ / __ / ____  ..... .....	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- door werkstopzetting</li> <li>- zo ja, <ul style="list-style-type: none"> <li>- datum van de laatste effectieve werkdag</li> <li>- ingangsdatum van de tijdelijke verwijdering</li> <li>- voorgestelde duur</li> </ul> </li> </ul>		(antwoord met ja of neen) .....  __ / __ / ____  __ / __ / ____  van __ / __ / ____ tot __ / __ / ____	
..... ..... ..... (naam en volledig adres van de geneesheer)		..... ..... ..... (datum)	
..... ..... (stempel van de geneesheer)		..... ..... (handtekening)	