



PREVENTIE VAN BURN-OUT - AANMELDINGSFORMULIER¹

1. GEGEVENS VAN DE WERKNEMER

1.1 INSZ*:
(zie achteraan identiteitskaart)

1.2 Ziektefonds: (klever) 1.3 Taalrol*: F N D

1.4 Naam*: _____

1.5 Voornaam*: _____

1.6 Geboortedatum*:

1.7 Tel/GSM*: _____ 1.8 E-mail*: _____

1.9 Bankrekeningnummer*: BE
(voor de terugbetaling van eventuele verplaatsingskosten)

2. GEGEVENS VAN DE HUISARTS OF BEHANDELEND ARTS

Naam en voornaam*: _____

Adres*: _____

Tel/GSM*: _____

3. GEGEVENS VAN DE WERKGEVER

Naam*: _____

Adres*: _____

Sector*:

Banken zonder verzekeringen en pensioenfondsen (sectie K64 NACE 2008)

Huisartspraktijken (sectie Q86.210 NACE2008)

Ziekenvervoer (sectie Q86.903 NACE 2008)

Verpleegkundige activiteiten (sectie Q86.906 NACE 2008)

Instellingen met huisvesting voor ouderen en voor personen met een lichamelijke handicap (sectie Q87.3 NACE 2008)

Instellingen met huisvesting voor personen met een mentale handicap of psychiatrische problemen en voor drugs- en alcoholverslaafden (sectie Q87.2 NACE 2008)

Ziekenhuizen (sectie Q86.1 NACE 2008)

Praktijken van specialisten (sectie Q86.220 NACE 2008)

Ambulante revalidatieactiviteiten (sectie Q86.905 NACE 2008)

Verpleeginstellingen met huisvesting (sectie Q87.1 NACE 2008)

Geef de functie en een beschrijving van de beroepsactiviteit* (niet "arbeider" of "bediende"):

4. GEGEVENS VAN DE PREVENTIEDIENST

4.1 Naam van de dienst voor preventie en bescherming op het werk*:

ATTENTIA preventie & bescherming vzw

CESI vzw

CLB EDPB vzw

CORPORATE PREVENTION SERVICES (CPS)

IDEWE vzw

MEDIWET vzw

MENSURA vzw

PREMED vzw

LIANTIS vzw

SECUREX vzw

SPMT-ARISTA vzw

ANDERE: _____

INTERN: _____

4.2 Regionaal kantoor van de dienst voor preventie en bescherming op het werk*: _____

4.3 Preventieadviseur arbeidsarts:

Naam en voornaam: _____

Tel/GSM: _____ E-mail: _____

4.4 Preventieadviseur psychosociale aspecten:

Naam en voornaam: _____

Tel/GSM: _____ E-mail: _____

* Verplicht in te vullen

5. REDEN VAN DE RAADPLEGING

6. BEROEPSSITUATIE VAN DE AANVRAGER

6.1 Is de aanvrager momenteel arbeidsongeschikt omwille van de genoemde klachten*? Ja Nee

Indien ja, begindatum*: vermoedelijke einddatum:

6.2 Is uw werknemer tijdens de laatste 12 maanden arbeidsongeschikt geweest om dezelfde reden? Ja Nee

Aantal arbeidsonderbrekingen: _____ Totaal aantal dagen onderbreking: _____

6.3 Is de aanvrager reeds met een professioneel re-integratietraject gestart*? Ja Nee

6.4 Verband met het werk:

De klachten gaan voornamelijk over*: het werk factoren buiten het werk

Arbeidsfactoren vermeld tijdens de raadpleging: (één of meer antwoorden aanvinken)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Werkdruk | <input type="checkbox"/> Overeenstemming privéleven/ professioneel leven |
| <input type="checkbox"/> Contact met klanten/patiënten/... | <input type="checkbox"/> Verandering van de organisatie |
| <input type="checkbox"/> Fysieke omgeving (lawaaï,...) | <input type="checkbox"/> Werkonzekerheid |
| <input type="checkbox"/> Pesten en geweld | <input type="checkbox"/> Conflicten op het werk |
| <input type="checkbox"/> Tijdsdruk | <input type="checkbox"/> Verlies van zingeving van het werk |
| <input type="checkbox"/> Fysieke belasting | <input type="checkbox"/> Gebrek aan werk |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

Ontbreekt het de werknemer op het werk aan...?: (één of meer antwoorden aanvinken)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Steun van de leidinggevende | <input type="checkbox"/> Variatie in competenties en uit te voeren taken |
| <input type="checkbox"/> Steun van collega's | <input type="checkbox"/> Taakdefinitie |
| <input type="checkbox"/> Feedback over de geleverde prestaties | <input type="checkbox"/> Continue vorming |
| <input type="checkbox"/> Erkenning | <input type="checkbox"/> Geschikte uitrusting/materiaal |
| <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Betrokkenheid bij beslissingen |
| <input type="checkbox"/> Ontplooiingsmogelijkheden op het werk | <input type="checkbox"/> Werkzekerheid |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

<p>*HANDTEKENING VAN DE WERKNEMER</p> <p>De ondergetekende geeft toestemming tot het uitwisselen van medische gegevens tussen de betrokken gezondheidswerkers (arbeidsarts, burn-outbegeleider, adviserende arts van het ziekenfonds, preventieadviseur- psychosociale aspecten, psycholoog van Fedris, en behandelende arts) voor de behandeling van deze aanvraag inzake burn-out.</p> <p>De ondergetekende stemt ook toe dat zijn ziekenfonds en Fedris gegevens in verband met deze aanvraag uitwisselen.</p> <p>Datum: _____</p>	<p>*HANDTEKENING en STEMPEL</p> <p>van de arts of de preventieadviseur die het formulier ingevuld heeft</p> <p>De ondergetekende verbindt zich tot het nazien van de echtheid van de gegevens verzameld in dit formulier</p>		
	<input type="checkbox"/> Behandelende arts Datum: _____	<input type="checkbox"/> Preventieadviseur arbeidsarts Datum: _____	<input type="checkbox"/> Preventieadviseur psychosociale aspecten Datum: _____

1. Koninklijk besluit van 07/02/2018 tot vaststelling van de voorwaarden voor een pilootproject inzake preventie van burn-out gerelateerd aan het werk.

* Verplicht in te vullen