

Aanvrager van het verzoek tot het starten van een re-integratietraject (*):

- ☐ Werknemer of behandelend arts
☐ Werkgever
☐ Medex

Gegevens van de werknemer
(gegevens van de te onderzoeken persoon)

NAAM: _____
 VOORNAAM: _____
 STRAAT: _____ NR: _____ BUS: _____
 POSTCODE: _____ GEMEENTE: _____
 GSM: _____ / _____ TELEFOON: _____ / _____
 e-MAIL: _____ @ _____
 GEBORTE DATUM: _____ / _____ / _____
 RIJKSREGISTERNUMMER: _____
 VERBOND MUTUALITEIT (nummer): _____ of klevertje van de mutualiteit:
 BEHANDELEND ARTS (te contacteren arts voor overleg)
 Dr. _____ TE _____ TELEFOON: _____ / _____
 HUIDIGE FUNCTIE (overeengekomen werk): _____
 ARBEIDSONGESCHIKT SINDS _____ / _____ / _____

MUTUALITEIT		XXX
		(verbondsnummer)
Familienaam Voornaam		
Straat, nummer		
Postcode Woonplaats		(RRnummer of INSZ nummer)
XXX / XXX		XXXXXX XXX XX

Gegevens van de werkgever
(naam, voornaam en adres van de werkgever, natuurlijke persoon of rechtsvorm, naam en zetel van de onderneming of instelling)

BEDRIJFSNAAM _____
 STRAAT: _____ NR: _____ BUS: _____
 POSTCODE: _____ GEMEENTE: _____
 ONDERNEMINGSNUMMER: _____
 CONTACTPERSOON voor de arbeidsarts: _____
 FUNCTIE van de contactpersoon: _____
 GSM: _____ / _____ of TELEFOON: _____ / _____
 e-MAIL: _____ @ _____

De ondergetekende verzoekt of neemt kennis van het verzoek aan de preventieadviseur-arbeidsarts voor het opstarten van een re-integratietraject bij de bovengenoemde werknemer. De betrokken werknemer geeft zijn toestemming aan de preventieadviseur-arbeidsarts om overleg te plegen met de behandelend arts van de werknemer of andere actoren betrokken in het re-integratietraject. Dit stelt de preventieadviseur-arbeidsarts in staat om een weloverwogen re-integratiebeoordeling te maken met als doel de bescherming van de gezondheid van de werknemer-patiënt te borgen. Alle verstrekte gegevens zijn strikt vertrouwelijk en behoren tot het medisch beroepsgeheim en maken deel uit van het medisch dossier van de werknemer.

Voor akkoord opstart van een re-integratietraject
DATUM en HANDTEKENING van de WERKNEMER

_____ / _____ / _____

DATUM en HANDTEKENING van de WERKGEVER of zijn afgevaardigde

_____ / _____ / _____