

Ihr Arbeitgeber nimmt Medex in Anspruch zur Verwaltung Ihrer Abwesenheiten infolge Krankheit, Arbeitsunfall oder Berufskrankheit.

- **Wenn Sie** krank sind oder einen Arbeitsunfall erlitten haben/an einer Berufskrankheit leiden und **nicht in der Lage sind, zu arbeiten, unterrichten Sie Ihren Arbeitgeber darüber** wie in der Arbeitsordnung geregelt.

- **Bittet Ihr Arbeitgeber um ein ärztliches Attest zum Nachweis Ihrer Abwesenheit?**

\* Nehmen Sie **dieses Attest** zum Arzt mit und bitten Sie Ihren Arzt, die zweite Rubrik auszufüllen.

\* Schicken Sie dieses Attest an **Medex - Ärztliche Atteste, Administratief Centrum Kruidtuin - Finance Tower,**

**Kruidtuinlaan 50 Postfach 200, 1000 Brüssel**

- **Was macht Medex mit diesen Daten?**

Medex teilt Ihrem Arbeitgeber mit:

\* dass Sie ein Attest eingereicht haben;

\* wie lange Sie abwesend sein werden und

\* ob Sie sich für eine eventuelle Kontrolle zum medizinischen Zentrum/zur Arztpraxis begeben können oder nicht.

NEU: **Medex vereinfacht Ihnen das Leben ! Dank eMediAtt,** die computergestützte ärztliche Bescheinigung von Medex, kann Ihr **Arzt** Ihr Zertifikat über eine sichere Anwendung **direkt** kodieren. Fragen Sie Ihren Arzt oder lesen Sie unsere Broschüre

[www.medex.belgium.be](http://www.medex.belgium.be)

## 1. Füllen Sie selber nachfolgende Informationen aus

Nationalregisternummer

Name

Vorname

Geburtsdatum

### Arbeitgeber

Identifikationsnummer  *Wenn Sie diese Nummer nicht kennen, lassen Sie es leer.*

Name

Straße  Nummer  Postfach

Postleitzahl  Gemeinde

## 2. Lassen Sie Ihren Arzt nachfolgende Informationen ausfüllen

Die oben genannte Person ist **arbeitsunfähig ab**  /  / 20  **bis zum**  /  / 20

**Diagnose**

**Diese Arbeitsunfähigkeit ist zurückzuführen auf**

eine Krankheit  eine Verlängerung der Krankheit

eine Krankenhausaufnahme  eine Verlängerung der Krankenhausaufnahme

einen Arbeitsunfall, geschehen am  /  /

Verlängerung

eine Berufskrankheit, gemeldet am  /  /

Verlängerung

**Kann der Betroffene sich für eine eventuelle Kontrolle fortbewegen?**

Ja  Nein

### Arzt- Kontakt

LIKIV-Nummer

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes