

Sie können diese reduzierte Arbeitsleistung sowohl als statutarisch als auch vertraglicher Mitarbeiter beantragen.

- **Lassen Sie dieses Formular von Ihrem Arzt ausfüllen.**
- Der Vorschlag Ihres Arztes muss **immer vor Beginn der reduzierten Arbeitsleistung eingereicht werden**. Ein Arzt von Medex kann den Vorschlag ggf. anpassen.
Sie müssen sich mindestens 5 Werktage vor Beginn der reduzierten Arbeitsleistung (falls Sie unsere Entscheidung anfechten möchten) im medizinischen Zentrum Ihrer Region untersuchen lassen. Um sicherzustellen, dass Sie rechtzeitig einen Termin erhalten, wenden Sie sich bitte mindestens 2 Wochen vor Beginn der reduzierten Arbeitsleistung an das Service Center Gesundheit.
- **Bringen Sie dieses ausgefüllte Formular zu Ihrer ärztlichen Untersuchung bei Medex mit.**
- Ihr Antrag auf reduzierte Arbeitsleistung muss die folgenden **Voraussetzungen** erfüllen:
 - es ist nicht erforderlich, dass diese reduzierte Arbeitsleistung unmittelbar auf eine Abwesenheit aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit folgt;
 - diese reduzierte Arbeitsleistung ist grundsätzlich nicht zeitlich begrenzt, muss jedoch im Zusammenhang mit Ihrem Arbeitsunfall oder Ihrer anerkannten Berufskrankheit stehen;
 - Ihr Arzt muss:
 - den Antrag mit Gründen versehen;
 - einen Vorschlag für die reduzierte Arbeitsleistung machen;
 - davon ausgehen, dass Sie mindestens zur Hälfte Vollzeit arbeiten werden (gemäß den gesetzlichen Bestimmungen);
 - über einen längeren Zeitraum (z. B. 30 Kalendertage) reduzierte Arbeitsleistung veranschlagen;
 - nicht unbedingt eine allmähliche Erholung in Stufen (z. B. 50 %, dann 60 %) vorsehen.
- Für die konkrete Organisation der Arbeitsleistungen und mögliche administrative Auswirkungen (z. B. hinsichtlich der Auswirkungen auf die Anzahl der Urlaubstage, auf Ihren Urlaub oder auf Ihre Vergütung) wenden Sie sich an Ihre Personalabteilung.
- Eine **Verlängerung** ist möglich und muss erneut beantragt werden.

Weitere Informationen? www.medex.belgium.be • ☎ Service Center Gesundheit: 02/524 97 97 (von 8.00 bis 13.00 Uhr)

1. Angaben zum Patienten

Nationalregisternummer

Name

Vorname

Telefonnummer

2. Ich, der Unterzeichner, Doktor der Medizin, bestätige, dass:

Der Patient/die Patientin am / / 20 einen Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit erlitten hat

Diagnose:

Begründung der Notwendigkeit der reduzierten Arbeitsleistung

3. Vorschlag für die reduzierte Arbeitsleistung

Tage ab dem / / 20 bis %

Kontaktangaben des Arztes

LIKIV-NR.

Datum / / 20

Unterschrift und Stempel des Arztes