

**Statutaire ambtenaren die niet onder het federaal openbaar ambt vallen**, nemen best contact op met hun personeelsdienst om na te gaan of dergelijke prestaties in hun statuut zijn voorzien en tot welke medische dienst zij zich in dat geval moeten richten.

Indien de werkgever **Medex** heeft aangeduid als medische dienst, zijn onderstaande procedures geldig:

- **Laat uw behandelend arts onderstaand formulier invullen.**
- **Breng dit formulier mee naar uw medisch onderzoek.**
- Uw aanvraag verminderde prestaties moet voldoen aan volgende voorwaarden:
  - de verminderde prestaties moeten onmiddellijk aansluiten op een **lange afwezigheidsperiode** (ziekte of privé-ongeval).
  - uw behandelend arts moet:
    - motiveren waarom verminderde prestaties nodig zijn;
    - een plan voor de verminderde prestaties voorstellen;
    - de (vermoedelijke) datum van de volledige werkhervatting vermelden.
- U moet tijdig een afspraak maken voor een medisch onderzoek: best een tweetal weken voor de datum van de aanvang van de verminderde prestaties contact opnemen met het contact center.
- Voor de concrete invulling van de werkprestaties en de mogelijke administratieve gevolgen (bv. impact op het aantal vakantiedagen, wedde al dan niet voor een periode volledig uitbetaald) moet u zich wenden tot uw personeelsdienst.
- Een **verlenging** is alleen mogelijk op basis van een **nieuwe aanvraag**.

Meer informatie ? [www.medex.belgium.be](http://www.medex.belgium.be) / Contact Center: 02/524 97 97

### 1. Gegevens van de patiënt

Rijksregisternummer	<input type="text"/>
Naam	<input type="text"/>
Voornaam	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>

### 2. Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart dat :

De patiënt werkonbekwaam is sinds :  /  / 20

Diagnose :

Motivatie van de verminderde prestaties :

.....

.....

### 3. Voorstel verminderde prestaties

**Aanvangsdatum**  
= laatste afwezigheidsdag + 1

/  / 20  ..... maand(en) aan ... %

..... maand(en) aan ... %

..... maand(en) aan ... %

**Vermoedelijke datum waarop betrokkene het werk volledig zal hernemen**

/  / 20

**Gegevens van de arts**

RIZIV-nr

Datum

/  / 20

Handtekening en stempel van de arts