**Medisch attest**

1. **Gegevens van de patiënt**

Rijksregisternummer [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ]

Naam [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Voornaam [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Geboortedatum [ ] [ ]  / [ ] [ ]  / [ ] [ ] [ ] [ ]  Taal code [ ]

1. **De arts vult volgende gegevens in**

Deze persoon is **arbeidsongeschikt van**  **[ ] [ ]** / **[ ] [ ]** /20**[ ] [ ]  tot en met [ ] [ ]** / **[ ] [ ]** /20**[ ] [ ]**

**Diagnose (vrije tekst)** **[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]**

 **Hoofddiagnose in code**

 **(Code ICPC2)** **[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]**

 **(Code SNOWMED)** **[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]**

 **(Code ICD10)** **[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]**

**Deze arbeidsongeschiktheid is te wijten aan:**

[ ]  Ziekte **[ ]** Verlenging ziekte

[ ]  Hospitalisatie [ ]  Verlenging hospitalisatie

[ ]  Ziekte te wijten aan zwangerschap

[ ]  Arbeidsongeval, overkomen op [ ] [ ]  / [ ] [ ]  / [ ] [ ] [ ] [ ]

 [ ]  Verlenging

[ ]  Beroepsziekte, aangegeven op [ ] [ ]  / [ ] [ ]  / [ ] [ ] [ ] [ ]

 [ ]  Verlenging

**Kan betrokkene zich voor een eventuele controle verplaatsen?**

[ ]  Ja [ ]  Neen

1. **Gegevens van de arts**

Riziv Nummer **[ ]  [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ]**

Rijksregisternummer [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ]

Datum ondertekening [ ] [ ]  / [ ] [ ]  / [ ] [ ] [ ] [ ]