

OVERSEAS CONTACT

Stijn Blommaert
02 509 33 60
periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be

ADRES

Victor Hortaplein 11
1060 Brussel

MEDISCH ATTEST

Dit attest moet degelijk ingevuld en ondertekend teruggestuurd worden aan de adviserend geneesheer van de Dienst.
De ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart te hebben onderzocht

M:

en hem (haar) arbeidsongeschikt te hebben bevonden vanaf ____/____/____

wegens: ziekte
 arbeidsongeval
 ongeval, ander dan arbeidsongeval
 zwangerschap

Vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid (*):

Indien het een ziekte betreft

Aard:
.....
.....

Vermoedelijk verloop: verergering traag verloop genezing

Indien het een ongeval betreft

Datum van het ongeval: ____/____/____
Aard:
.....
.....

Vermoedelijk verloop: verergering traag verloop genezing

Indien het een zwangerschap betreft

Vermoedelijke bevallingsdatum: ____/____/____

Identificatie van de geneesheer

____/____/____
Datum en handtekening van geneesheer**

(*) Zwangerschap: max. 15 weken art.91 §3 W. 29.4.1996

(**) Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan