

ÜBERSEEISCHE KONTAKT

Stijn Blommaert (NL) Amélie Elie (Fr)
02 509 33 60 02 509 38 22
Timo Blyeaert (NL) Pascale Domken (Fr)
02 509 35 17 02 509 20 84
periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be
prestationsperiodiques-om@onsrszls.fgov.be

ANSCHRIFT

AD VII - Abteilung Zahlungen und Leistungen
Victor Horta Square 11
1060 Brüssel

MEDIZINISCHES ATTEST

Diese Bescheinigung ist ordnungsgemäß ausgefüllt und unterzeichnet an den beratenden Arzt des Dienstes zurückzusenden.
Der unterzeichnende Arzt erklärt, dass er untersucht hat

M:

und ihn (sie) für arbeitsunfähig befunden hat ab dem ____/____/____

aufgrund von: Krankheit
 Arbeitsunfall
 Unfall Privatleben
 Schwangerschaft

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit(*):

Wenn es sich um eine Krankheit handelt

Art:
.....
.....
.....

Wahrscheinlicher Verlauf: Verschlimmerung langsamer Verlauf Genesung

Wenn es sich um einen Unfall handelt

Datum des Unfalls: ____/____/____

Art:
.....
.....
.....

Wahrscheinlicher Verlauf: Verschlimmerung langsamer Verlauf Genesung

Wenn es sich um eine Schwangerschaft handelt

Voraussichtliches Entbindungsdatum: ____/____/____

Identifizierung des Arztes

____/____/____

Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin(**)

(*) Schwangerschaft: max. 15 Wochen Art. 91 §3 W. 29.4.1996

(**) Sowohl elektronische als auch handschriftliche Unterschrift zulässig