

## Verzoek tot een re-integratietraject

(art. 73/2 §1 van het KB betreffende gezondheidstoezicht op de werknemers)

Aanvrager

- Werknemer of behandelend geneesheer  
 Werkgever  
 Adviserende arts (mutualiteitsarts)

**Naam en voornaam :**

Straat:

nr:

bus:

Postcode en plaats:

GSM/Tel:

Email:

@

Geboortedatum: / /

Rijksregisternummer: . . - . .

**Mutualiteit:**

Dr.

Email:

@

Klevertje mutualiteit

**Behandelend arts: Dr.**

GSM/Tel: /

Email:

@

**Huidige functie** (overeengekomen werk):

**Arbeidsongeschikt sinds**

Werknemer/Adviserende arts

Werkgever

**Bedrijfsnaam / dienst :**

Straat:

nr:

bus:

Postcode en plaats:

GSM/Tel: /

**Naam leidinggevende :**

GSM/Tel:

Email:

@

**Naam personeelsverantwoordelijke (HR):**

GSM/Tel:

Email:

@

Ik, als werknemer, geef mijn akkoord dat de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer overleg pleegt met de hierboven vernoemde actoren. Dit overleg, met o.a. de behandelende arts van de werknemer, is belangrijk om te beschikken over alle informatie voor het opmaken van een re-integratiebeoordeling die de bescherming van de gezondheid van de werknemer prioritair stelt. Alle ontvangen gegevens zijn strikt vertrouwelijk en behoren tot het medisch beroepsgeheim en maken deel uit van het medische dossier van de werknemer.

Datum, naam en handtekening van de aanvrager(s):

...../...../.....

**Dit ondertekende document dient per post verstuurd te worden ter attentie van de arbeidsgeneesheer van uw regionaal medisch centrum (adressen: zie website: <http://www.cps-transport.be>).**