|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Deel 1: Melding van een beroepsziekte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1F3C8D-000035-BZ/1-01-080220 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Agentschap voor Onderwijsdiensten  **Afdeling Advies en Ondersteuning Onderwijspersoneel**  **Beroepsziekten**  Koning Albert II-laan 15 bus 139, 1210 BRUSSEL  **T** 02 553 65 06  [arbeidsongevallen.agodi@vlaanderen.be](mailto:arbeidsongevallen.agodi@vlaanderen.be)  [www.agodi.be](http://www.agodi.be) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *In te vullen door de behandelende afdeling*  ontvangstdatum | |
|  | |
|  | |
|  | *Waarvoor dient dit formulier?*  *Met dit formulier meldt u een beroepsziekte. Dit formulier bestaat uit twee delen: deel 1:* Melding van een beroepsziekte *(formulier* BZ/1*) en deel 2:* Medisch getuigschrift *(formulier* BZ/2*). Als u deel 2 hebt laten invullen door de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer, voegt u het onder gesloten enveloppe bij deel 1. U stuurt het geheel naar de afdeling Advies en Ondersteuning Onderwijspersoneel op het bovenstaande adres.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | *Wie vult dit formulier in?*  De persoon die door de werkgever gemandateerd is, vult dit formulier in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de instelling | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Vul de gegevens van de instelling in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | naam | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **instellingsnummer** | | | | | |  | | | | | . |  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | e-mailadres | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Vul de gegevens van de dienst in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | naam | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat- en nummer | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van het personeelslid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Vul de persoonlijke gegevens van het personeelslid in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | e-mailadres | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | geboortedatum | | | | | | dag | | | |  | | | maand | | | |  | | | jaar | |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | stamboeknummer | | | | | |  |  |  | | | | | |  | |  | |  |  | |  | | | | |
|  | functie | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | geneeskundig nummer MEDEX | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens over de aanleiding en de gevolgen van de beroepsziekte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Omschrijf de beroepsomstandigheden die aanleiding hebben gegeven tot de beroepsziekte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Heeft het personeelslid alle arbeid moeten stopzetten wegens de beroepsziekte? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | ja. Ga naar vraag 6. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | nee. Ga naar vraag 7. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Geef de datum van de stopzetting van de arbeid.  Als u deze vraag beantwoord hebt, gaat u naar vraag 9. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | dag | |  | maand |  | jaar | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Is het personeelslid van bezigheid moeten veranderen wegens de beroepsziekte? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | ja. Ga naar vraag 8. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | nee. Ga naar vraag 9. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Geef de aanvangsdatum van de nieuwe bezigheid. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | dag | |  | maand |  | jaar | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ondertekening | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | datum | | | | | | dag | | | |  | | | maand | | | |  | | | jaar | |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | handtekening | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Privacywaarborg |
|  | |
| 10 | *AGODI verwerkt de persoonsgegevens in het kader van een wettelijke verplichting voor de melding van een beroepsziekte. U kunt ook altijd mailen om te vragen welke persoonsgegevens we verwerken en u kunt ze laten verbeteren of verwijderen. We vragen dan een bewijs van uw identiteit zodat we uw gegevens niet meedelen aan iemand die er geen recht op heeft. Als u vragen hebt over de manier waarop we uw gegevens verwerken, kunt u contact opnemen met de* [*dienst arbeidsongevallen*](mailto:arbeidsongevallen.agodi@vlaanderen.be)*. Bent u het niet eens met de manier waarop we uw gegevens verwerken, dan kunt u zich wenden tot de bevoegde toezichthoudende autoriteit. Ons beleid op het vlak van gegevensverwerking vindt u op* [*http://www.agodi.be/over-ons/privacyverklaring*](http://www.agodi.be/over-ons/privacyverklaring)*.* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Deel 2: Medisch getuigschrift | | | | | | | | | 1F3C8D-000035-BZ/2-01-080220 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | |
|  | Agentschap voor Onderwijsdiensten  **Afdeling Advies en Ondersteuning Onderwijspersoneel**  **Beroepsziekten**  Koning Albert II-laan 15, 1210 BRUSSEL  **T** 02 553 65 06  [arbeidsongevallen.agodi@vlaanderen.be](mailto:arbeidsongevallen.agodi@vlaanderen.be)  [www.agodi.be](http://www.agodi.be) | | | | | | | | *In te vullen door de behandelende afdeling*  ontvangstdatum | |
|  | |
|  | |
|  | *Waarvoor dient dit getuigschrift?*  *Dit getuigschrift geldt als bewijsstuk voor een beroepsziekte van een personeelslid. Het wordt bij deel 1:* Melding van een beroepsziekte *gevoegd.* | | | | | | | | | |
|  | *Wie vult het getuigschrift in?*  De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer vult dit getuigschrift in en laat het onder gesloten enveloppe bezorgen aan de persoon die gemandateerd is door de werkgever. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | Persoonlijke gegevens van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1 | Vul uw persoonlijke gegevens in. | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | | | | |  | | | | |
|  | straat- en nummer | | | | |  | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van het personeelslid | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 2 | Vul de gegevens van het personeelslid in. | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | | | | |  | | | | |
|  | straat- en nummer | | | | |  | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | | | |  | | | | |
|  | functie | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens over de aard en de gevolgen van de beroepsziekte | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 3 | Omschrijf de aard van de beroepsziekte. | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 4 | Wat is de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid? | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | dag |  | maand |  | jaar | |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 | Omschrijf de oorzaak van de beroepsziekte. | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 6 | Waar wordt het personeelslid verzorgd? | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 7 | Geef uw eventuele opmerkingen. | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | Ondertekening | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 8 | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | |
|  | Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | | | | | | | | |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |