

# Deel 1: Melding van een beroepsziekte: COVID-19



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 .....  
rijksregisternummer .....

## 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 .....

- 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](#). 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>.

- In te vullen door de **werkgever**.
- Dit formulier is een bijlage bij het formulier 'Deel1: Melding van een beroepsziekte: Covid-19'
- Meer informatie? [www.medex.belgium.be](http://www.medex.belgium.be) / Service Center Gezondheid : 02 / 524 97 97
- Vragen over de procedure? Stuur een mail naar [medex\\_mp\\_bz@health.fgov.be](mailto:medex_mp_bz@health.fgov.be)

### 1. Gegevens van de werknemer

Rijksregisternummer

Naam

Voornaam

### 2. Gegevens van de werkgever

Naam

Adres : Straat  Nr  Bus

Postcode  Gemeente

### 3. Gegevens van de aangever

Naam

Voornaam

Functie: .....

E-mailadres: .....

Telefoonnummer

### 4. Verklaring

#### 4.1 Werkomstandigheden

Het beroep van de werknemer: .....

Gedetailleerde beschrijving van de beroepsactiviteit van de werknemer:

.....

.....

.....

.....

Datum eerste symptomen of, bij gebrek daaraan, de eerste dag van de afwezigheidsperiode.

/  / 20

Heeft de werknemer, de gelegenheid gehad om te **telewerken** gedurende de 2 weken voorafgaand aan het optreden van de symptomen?  Ja  Nee

Heeft de werknemer de mogelijkheid gehad om de **sociale afstand** van 1,5m op regelmatige basis te respecteren in de 2 weken voor het verschijnen van de symptomen?  Ja  Nee

Wat waren de **werkomstandigheden** in de 2 weken voordat de werknemer besmet raakte?

.....

.....

.....

.....

#### 4.2 Preventiedienst en algemene maatregelen

Wie is de preventiedienst van uw organisatie?.....

Werd er contact opgenomen met deze dienst toen de uitbraak of besmetting werd bevestigd?  Ja  Nee

Zo ja, wie is de betrokken arbeidsarts?

Naam

Voornaam

E-mailadres: .....

Telefoonnummer

Werden er andere diensten (bv.: contact tracing,...) gecontacteerd?  Ja  Nee

Zo ja, de welke? / Zo nee, waarom?

Welke **anti-covid maatregelen** waren van toepassing op de werkvloer vóór de uitbraak / besmetting?

Was er voldoende ventilatie?  Ja  Nee

Was social distancing mogelijk?  Ja  Nee

Wilt u nog iets toevoegen?

#### 4.3 Uitbraak

Is er binnen uw organisatie sprake geweest van een uitbraak van **ten minste 5 besmette personen** (inclusief de betrokkene) binnen de 14 dagen?  Ja  Nee

Waren er **ten minste 4 besmette personen** in dezelfde werkruimte als de werknemer?  Ja  Nee

Werden er **maatregelen** getroffen om de uitbraak te beëindigen?  Ja  Nee

Zo ja, welke? Wanneer werden deze genomen?

Quarantaine Datum  /  / 20

Ventilatie Datum  /  / 20

Deep cleaning Datum  /  / 20

Andere: ..... Datum  /  / 20

Wilt u nog iets toevoegen?

Plaats .....

Datum  /  / 20

Handtekening:



# Deel 2: Medisch getuigschrift BZ COVID-19



Agentschap voor Onderwijsdiensten  
**Afdeling Advies en Ondersteuning Onderwijspersoneel**  
Beroepsziekten  
Koning Albert II-laan 15, interne postbus 139, 1210 BRUSSEL  
T 02 553 65 06  
[arbeidsongevallen@ond.vlaanderen.be](mailto:arbeidsongevallen@ond.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.**

*Als u geen opmerkingen hebt, gaat u naar vraag 8.*

.....  
.....  
.....

### 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 .....

- In te vullen door de **preventieadviseur-bedrijfsarts**.
- Dit formulier is een bijlage bij het formulier Deel 2: Medisch getuigschrift BZ Covid-19
- Meer informatie? [www.medex.belgium.be](http://www.medex.belgium.be) / Service Center Gezondheid : 02 / 524 97 97
- Vragen over de procedure? Stuur een mail naar [medex\\_mp\\_bz@health.fgov.be](mailto:medex_mp_bz@health.fgov.be)

### 1. Gegevens van de werknemer

Rijksregisternummer   
Naam   
Voornaam

### 2. Gegevens van de werkgever

Naam   
Afdeling (optioneel)   
Adres : Straat   
Postcode   
Gemeente   
Nr   
Bus

### 3. Gegevens van de aangever (Preventieadviseur-bedrijfsarts)

Naam   
Voornaam   
Functie: .....  
E-mailadres: .....  
Telefoonnummer

### 4. Verklaring

#### 4.1 Algemene werkomstandigheden

Welke **anti-covid maatregelen** waren van toepassing op de werkvloer vóór de uitbraak / besmetting?

Konden de werknemers telewerken?  Ja  Nee

Was er voldoende ventilatie?  Ja  Nee

Was social distancing mogelijk?  Ja  Nee

Andere:  
.....  
.....  
.....

Beschrijf de **werkomstandigheden** van de werknemer.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## 4.2 Uitbraak

- Was er binnen de organisatie sprake van een uitbraak van **ten minste 5 besmette personen**<sup>1</sup> (inclusief de werknemer) binnen de 14 dagen?  Ja  Nee
- Waren er **ten minste 4 besmette personen** in dezelfde werkruimte als de werknemer?  Ja  Nee
- Is er een **epidemiologisch verband** tussen de besmettingen?  Ja  Nee
- Bevorderden de **werkomstandigheden** de overdracht van het virus?  Ja  Nee

Geef uitleg:

.....

.....

.....

.....

Indien uw antwoord hierboven **4 x "Ja"** is, kan u ons een overzicht (zie verder) bezorgen met:

1. Hoeveel personen zijn besmet in het bedrijf?
2. Wanneer zijn deze personen besmet geraakt (datum van begin afwezigheid en/of PCR Test)?
3. Het profiel van deze personen? (klant / leverancier/ collega / ...)

Werden er **maatregelen** getroffen om de uitbraak te beëindigen?  Ja  Nee

Zo ja, welke? Wanneer werden deze genomen?

- |  |       |  |
|--|-------|--|
| <input type="checkbox"/> Quarantaine               | Datum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dragen van mondkapjes     | Datum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ventilatie                | Datum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Deep cleaning                                      | Datum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere maatregelen: ..... | Datum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Ik, ondergetekende, ....., preventieadviseur-bedrijfsarts-, werkzaam bij de Interne dienst voor preventie en bescherming of de Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk: ....., (naam van de IDPBW of EDPBW) bevestig dat ik de hierboven vermelde gegevens oprecht en volledig heb ingevuld.

Plaats .....

Datum  /  / 20

Handtekening:

<sup>1</sup> Personen: niet enkel werknemers, maar iedereen die de werkruimte deelt: collega's, klanten, consultants, technici, leveranciers, patiënten,...



Hoeveel personen in het bedrijf raakten besmet tijdens de uitbraak?

Wanneer werden deze personen<sup>1</sup> besmet? (vul onderstaande tabel in met de datum van de PCR-test of de eerste dag van de TAO<sup>2</sup>)

Wat is hun profiel? (Klant, leverancier, collega,...)

	Datum PCR / 1e dag TAO	Profiel	Naam <sup>3</sup>	Voornaam <sup>3</sup>
1	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
2	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
3	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
4	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
5	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
6	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
7	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
8	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
9	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
10	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
11	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
12	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
13	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
14	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
15	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
16	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
17	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
18	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
19	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....
20	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	.....	.....	.....

Plaats .....

Datum   /   / 20

Handtekening:

<sup>1</sup> Personen: niet enkel werknemers, maar iedereen die de werkruimte deelt: collega's, klanten, consultants, technici, leveranciers, patiënten,...

<sup>2</sup> Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid

<sup>3</sup> Gelieve de contactgegevens te vermelden van collega's om dubbel werk te voorkomen.