

Deel 1: Melding van een beroepsziekte: COVID-19



Vlaamse overheid
Afdeling Personeel (basisonderwijs, CLB)
Team Arbeidsongevallen
Koning Albert II-laan 15 bus 139
1210 BRUSSEL
T 02 553 65 06
arbeidsongevallen.agodi@vlaanderen.be
www.onderwijs.vlaanderen.be/agodi

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>.

- ## 1. Gegevens van de werknemer

2. Gegevens van de werkgever

3. Gegevens van de aangever

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



AVlaamse overheid
Afdeling Personeel (basisonderwijs, CLB)
Team Arbeidsongevallen
Koning Albert II-laan 15 bus 139
1210 BRUSSEL
T 02 553 65 06
arbeidsongevallen.agodi@vlaanderen.be
www.onderwijs.vlaanderen.be/agodi

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

.....

- ## 1. Gegevens van de werknemer

2. Gegevens van de werkgever

3. Gegevens van de aangever (Preventieadviseur-bedrijfsarts)

4. Verklaring

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

Beschrijf de **werkomstandigheden** van de werknemer.

[illegible]

4.2 Uitbraak

Was er binnen de organisatie sprake van een uitbraak van **ten minste 5 besmette personen**¹ (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?

☐ Quarantaine

Datum / / 20

☐ Dragen van mondkapjes

Datum / / 20

☐ Ventilatie

Datum / / 20

☐ Deep cleaning

Datum / / 20

☐ Andere maatregelen:

Datum / / 20

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:

¹ 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 personen¹ besmet? (vul onderstaande tabel in met de datum van de PCR-test of de eerste dag van de TAO²)

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

	Datum PCR / 1e dag TAO	Profiel	Naam ³	Voornaam ³
1	/ / 20	.....	.....	.....
2	/ / 20	.....	.....	.....
3	/ / 20	.....	.....	.....
4	/ / 20	.....	.....	.....
5	/ / 20	.....	.....	.....
6	/ / 20	.....	.....	.....
7	/ / 20	.....	.....	.....
8	/ / 20	.....	.....	.....
9	/ / 20	.....	.....	.....
10	/ / 20	.....	.....	.....
11	/ / 20	.....	.....	.....
12	/ / 20	.....	.....	.....
13	/ / 20	.....	.....	.....
14	/ / 20	.....	.....	.....
15	/ / 20	.....	.....	.....
16	/ / 20	.....	.....	.....
17	/ / 20	.....	.....	.....
18	/ / 20	.....	.....	.....
19	/ / 20	.....	.....	.....
20	/ / 20	.....	.....	.....

Plaats

Datum / / 20

Handtekening:

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

² Tijdelijke Arbeidsongeschiktheid

³ Gelieve de contactgegevens te vermelden van collega's om dubbel werk te voorkomen.