

## Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Zu verwenden für die Meldung an Ihre Krankenkasse, Medex oder SNCB, Infrabel, HR Rail

(für alle Felder obligatorisch / fakultativ / verboten : siehe Dataset je nach Empfänger)

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Telefon Patient	
INSS		Telefon Kontakt	
(heutiger) Beruf		Selbständiger : ja-nein	Sex : M F X

### DAUER DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT:

Vom (Anfangsdatum)	Bis zum (Enddatum)	<input type="checkbox"/> Verlängerung (fakultativ)	<input type="checkbox"/> Rückfall (fakultativ)
--------------------	--------------------	--	--

das Zutreffende schwarz machen

<input type="checkbox"/> Krankheit			
<input type="checkbox"/> Krankheit schwangerschaftsgebunden		Voraussichtliches Entbindungsdatum	... - ... - 20..
		Beginn des Mutterschaftsurlaubs	... - ... - 20..
<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Privat / Gemeinrecht <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Unfall zur oder von der Arbeit	Datum des Unfalls	... - ... - 20..
<input type="checkbox"/> Berufskrankheit		Antragsdatum Berufskrankheit	... - ... - 20..
Das Verlassen der Wohnung		<input type="checkbox"/> Erlaubt	<input type="checkbox"/> Nicht erlaubt

### DIAGNOSE (max 3):

Codetyp	+ Code	und/oder freier Text
Codetyp	+ Code	und/oder freier Text
Codetyp	+ Code	und/oder freier Text

### ☐ KRANKENHAUSEINWEISUNG (fakultativ)

Vom (Anfangsdatum)	Bis zum (Entlassungsdatum)	Adresse des Krankenhauses
Name des Krankenhauses		

### ☐ AUFENTHALTSORT WÄHREND DER GENESUNG (fakultativ): Straße - Nr. - Postleitzahl – Gemeinde/Stadt

### ☐ ANTRAG AUF AUFENTHALT IM AUSLAND (fakultativ) : Vom (Anfangsdatum) Bis zum (Enddatum)

NAME DES PFLEGEERBRINGERS LIKIV-Nr.	Unterschrift des Pflegeerbringers (kann eine eingescannte Unterschrift sein)
Rufnummer/E-Mailadresse (fakultativ)	
Referenznummer der Bescheinigung: abcd12345678	DATUM: Datum der Bescheinigung

Senden Sie diese Bescheinigung per Post an den Vertrauensarzt Ihrer Krankenkasse oder geben Sie sie in der Geschäftsstelle Ihrer Krankenkasse ab (gegen Empfangsbestätigung).

Wann? Wann Ihre Arbeitsunfähigkeit anfängt.

- Sind Sie **Arbeiter/in**? Dann verfügen Sie über 14 Kalendertage (einschließlich des 1. Tages der Arbeitsunfähigkeit).
- Sind Sie **Angestellte/r**? Dann verfügen Sie über 28 Kalendertage (einschließlich des 1. Tages der Arbeitsunfähigkeit).
- Sind Sie **Selbstständige/r** oder **Arbeitslose/r**? Dann verfügen Sie über 7 Kalendertage (ausschließlich des 1. Tages der Arbeitsunfähigkeit).

Bei Verlängerung Ihrer Arbeitsunfähigkeit oder bei Rückfall: Melden Sie das innerhalb von 7 Kalendertagen (ausschließlich des 1. Tages dieses Zeitraums der Arbeitsunfähigkeit). Für weitere Informationen nehmen Sie bitte Kontakt mit Ihrer Krankenkasse auf.

**Sie sind Beamte/r** und Ihr Arbeitgeber wendet sich an Medex, um Ihre Bescheinigungen bei Krankheit, Arbeitsunfall oder Berufskrankheit zu verwalten? Denn senden Sie diese Bescheinigung so bald wie möglich per Post an **Medex – Ärztliche Atteste, Galileelaan 5 Postfach 5 in 1210 Brüssel**.

**Sie arbeiten bei "SNCB, Infrabel oder HR Rail"** und möchten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung per Post schicken? Denn muss dies innerhalb von 48 Stunden nach dem Arztbesuch geschehen - der Poststempel gilt als Nachweis. Geben Sie bitte die folgende Adresse an: **An den Chefarztes von HR Rail, 10-04 HR Rail Ärztliches Attest, Rue de France 85, 1060 Brüssel**.

Diese Daten werden gemäß dem Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Gesetz vom 30. Juli 2018 über den Schutz natürlicher Personen hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten verarbeitet.