



Ärztliches Attest: Entschädigung für eine Berufskrankheit

Rechtsvorschriften über Berufskrankheiten für den Privatsektor

1. Identität des Patienten/der Patientin

Nationale Registernummer - -

Name
(offizieller Vorname)

Vorname (offizieller Vorname)

Geburtsdatum
(Tag, Monat, Jahr) / /

2. Krankheit des Patienten/der Patientin *Achtung: ein ärztliches Attest 503 D pro Krankheit!*

Genauere Diagnose (mit Lokalisation und ggf. links/rechts)	
Wie ist die Krankheit entstanden? (Beginndatum, Verlauf, Chronologie)	
Aktuelle Beschwerden	
Feststellungen bei der klinischen Untersuchung	
Angewandte Behandlungen	
Jüngste Krankenhausaufnahmen (Daten angeben)	
Im Falle eines Revisionsantrags: Art der Verschlimmerung, Krankheitsverlauf	

3. Berufstätigkeit des Patienten/der Patientin

< Wenn es sich um eine Revision einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit handelt, müssen Sie diesen Teil nicht ausfüllen.

Tätigkeit oder Agens, die/das die Berufskrankheit vermutlich verursacht hat	
Sind Sie der Meinung, dass die Krankheit auf der belgischen Berufskrankheitenliste (siehe Anlage) steht?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht	Wenn ja, unter welchem Kode?

4. Medizinische Unterlagen

- < Fügen Sie alle verfügbare medizinische Unterlagen, die die Diagnose stützen, hinzu.
- < Digital gemachte medizinische Bilder müssen auf CD-ROM (DICOM-Format) übermittelt werden.
- < Für Revisionsanträge fügen Sie nur die medizinischen Unterlagen, die die Verschlimmerung nachweisen, hinzu.

Häufigste Krankheiten	Beizufügende Unterlagen (nicht erschöpfend)
Tendinopathie	Bericht des Facharztes Sonographien (Protokoll) Operationsbericht
Schädigung der Nervenfunktion durch Druck (Karpaltunnelsyndrom u.a.)	Bericht des Facharztes Präoperative EMG (Kurven, Werte und Protokoll) Operationsbericht
Erkrankungen der Knochen und Gelenken der oberen Gliedmaßen verursacht durch mechanische Schwingungen	Bericht des Facharztes RX, CT-Scan und/oder MRT der oberen Gliedmaßen (Bilder und Protokoll)
Ischias, Cauda-equina-Syndrom oder lumbale Spinalstenose Syndrom infolge degenerativer Discushernie oder infolge vorzeitiger Spondylose-Spondylarthrose auf dem Niveau L4-L5 oder L5-S1, verursacht durch das Heben schwerer Lasten oder durch mechanische Schwingungen, die durch die Sitzfläche auf den Körper übertragen werden	Bericht des Facharztes EMG und Leitgeschwindigkeiten (Kurven, Werte und Protokoll) Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule: p-a, Seite, ¾ und Becken (Bilder und Protokoll) CT-Scan und/oder MRT der Lendenwirbelsäule (Bilder und Protokoll) Operationsbericht
Durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit	Bericht des Facharztes Vollständiges Tonaudiogramm beider Ohren
Hautkrankheit	Bericht des Facharztes Ergebnis der Hauttests Ergebnis der Blutuntersuchungen (z.B. RAST)
Mesotheliom	Bericht des Facharztes Histopathologischer Bericht Gewebeschnitte Mindestens ein Gewebeblock CT-Scan des Brustkorbs oder des Unterleibs (Bilder und Protokoll)
Lungenkrebs	Bericht des Facharztes Histopathologischer Bericht Mineralogische Analyse der Lungengewebe oder der Flüssigkeit einer bronchoalveolären Spülung (im Falle von Asbestexposition)
Andere Tumoren	Bericht des Facharztes Histopathologischer Bericht
Asthma	Bericht des Facharztes Lungenfunktionstest (Kurven, Werte und Protokoll) Ergebnis der Prick-Tests und Blutuntersuchungen (z.B. RAST) Ergebnis des (un)spezifischen Überempfindlichkeitstests oder der Peak-Flow-Messungen FeNO (Messwert des exhalieren NO)
Asbestose, gutartige Erkrankungen der Pleura verursacht durch Asbest	Bericht des Facharztes CT-Scan des Brustkorbs (Bilder und Protokoll) Lungenfunktionstest (Kurven, Werte und Protokoll)
Andere Pneumokoniose	Bericht des Facharztes RX und/oder CT-Scan des Brustkorbs (Bilder und Protokoll) Lungenfunktionstest (Kurven, Werte und Protokoll)
Infektiöse Hepatitis	Bericht des Facharztes Laborergebnisse (Serologie und Enzyme) Ergebnis des PCR-Tests
Vergiftung	Bericht des Facharztes Ergebnisse der biologischen und toxikologischen Untersuchungen (über den Arbeitsarzt)
Organisches Psychosyndrom verursacht durch organische Lösungsmittel	Bericht des Neurologen oder des Neuropsychiaters Bericht des Facharztes für innere Medizin Bericht des Arbeitsarztes

5. Folgen der Krankheit

Ist der Patient/die Patientin momentan wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Anfangsdatum: __ / __ / __ Vermutliches Enddatum: __ / __ / __
War der Patient/die Patientin während der letzten 12 Monaten dieser Krankheit arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht Wenn ja, vom __ / __ / __ bis zum __ / __ / __ vom __ / __ / __ bis zum __ / __ / __
Braucht der Patient/die Patientin wegen dieser Krankheit spezielle Behandlungen, Hilfsmitteln, Prothesen oder Orthesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?

6. Hilfe einer Drittperson

Sind Sie der Meinung, dass der Patient/die Patientin im alltäglichen Leben die regelmäßige Hilfe einer anderen Person braucht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, füllen Sie das Formular "Hilfe einer Drittperson" (505 D) aus.
--	--

7. Entfernung aus dem Berufsrisiko

< Diesen Teil müssen Sie nur ausfüllen, wenn Sie der Meinung sind, dass die betroffene Person präventiv aus dem Berufsrisiko entfernt werden muss. Fügen Sie eventuell Unterlagen bei, die die Notwendigkeit dieser Entfernung beweisen.

Name und Anschrift des Dienstes für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz	
Medizinische Gründe, die die Entfernung rechtfertigen	
Art und Weise, wie die Entfernung stattgefunden hat oder stattfinden wird	<input type="checkbox"/> durch einen Stellenwechsel ab dem: __ / __ / __ Art der neuen Arbeitsstelle:
	<input type="checkbox"/> durch Einstellung der Arbeit Letzter effektiver Arbeitstag: __ / __ / __ Anfangsdatum der Entfernung: __ / __ / __
Vorgeschlagene Dauer	<input type="checkbox"/> Bis zum __ / __ / __ oder <input type="checkbox"/> bleibend

8. Identität des Arztes

Name		Stempel
Anschrift		
Telefon		
Fax		
E-mail		

Ich bestätige, dass ich dieses Attest aufrichtig und vollständig ausgefüllt habe. Ich bin bereit, die Ärzten von Fedris zusätzliche Informationen bezüglich dieses Antrags zu erteilen.

Datum: __ / __ / __

Unterschrift:

Schicken Sie dieses medizinische Attest zusammen mit dem Antragsformular 501 D an
Fedris – Avenue de l'Astronomie 1 – 1210 Brüssel