



**Antrag Kontaktdermatose beruflichen Ursprungs
Antrag auf Entschädigung für eine Berufskrankheit
Rechtsvorschriften über Berufskrankheiten für den Privatsektor**

Achtung!

- > Dieses Antragsformular dürfen Sie nur benutzen, wenn Sie im Moment als *Lohnempfänger im Privatsektor* arbeiten und als Sie sicherlich oder sehr wahrscheinlich eine *Kontaktdermatose* aufweisen, die durch Ihre *aktuelle Berufstätigkeiten* verursacht wurde.
- > Das ärztliche Attest muss entweder von Ihrem Arbeitsarzt oder von Ihrem behandelnden Dermatologen ausgefüllt werden.

1. Identität des Antragstellers

Nationalregisternummer | _____ - _____ - ____ |

Name | _____ | < für Frauen: Mädchenname

Vorname | _____ | < offizieller Vorname

Geburtsdatum | ____ / ____ / ____ | < Tag/Monat/Jahr

Straße, Nr., Briefkasten | _____ |

Postleitzahl u. Gemeinde | _____ | _____ |

Telefon / Handy | _____ |

E-Mail | _____ @ _____ |

Kontonummer | _____ - _____ - _____ - _____ |

Sprache Niederländisch Französisch Deutsch

2. Jetziger Arbeitgeber in Belgien

Anfangsdatum der Beschäftigung	Name und Adresse des Arbeitgebers und Beschäftigungsort	Art der Arbeit

3. Krankenkasse

< Kleben Sie hier eine Vignette oder kreuzen Sie den Namen Ihrer Krankenkasse an.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Christliche Krankenkasse | <input type="checkbox"/> 4. Liberale Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> 2. Neutrale Krankenkasse | <input type="checkbox"/> 5. Freie Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> 3. Sozialistische Krankenkasse | <input type="checkbox"/> 6. Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

Ich beantrage eine Entschädigung für eine Berufsdermatose und bestätige, dass obenstehende Erklärung aufrichtig und vollständig ausgefüllt wurde. Ich bestätige insbesondere, dass ich als Lohnempfänger(in) im Privatsektor arbeite. Ich möchte so schnell wie möglich von einem durch Fedris bestellten Experten-Dermatologen untersucht werden. Ich bin damit einverstanden, dass der Arzt, der das ärztliche Attest 533 D unterzeichnet, den Bericht des Experten-Dermatologen erhält.

Datum: ____ . ____ . ____

Unterschrift:

Schicken Sie dieses Formular zusammen mit dem ärztlichen Attest 533 D an den
Fedris – avenue de l’Astronomie 1 – 1210 Brüssel (02/272 29 10)