



Föderalagentur für Berufsrisiken - Avenue de l'Astronomie 1 - 1210 BRÜSSEL

ÄRZTLICHES ATTEST, DAS DEM ANTRAG AUF SCHADENERSATZ IM FALLE EINER BERUFSKRANKHEIT BEIZUFÜGEN IST

Berufskrankheitengesetzgebung für Personalmitglieder der Provinz- und Kommunalbehörden

Der Unterzeichnete , Doktor der Medizin, erklärt, daß er die Person, deren Identität in Fach 1 angegeben ist, untersucht hat.

FACH 1	Identität (bitte in Blockschrift ausfüllen)												
Name (für Frauen: der Mädchenname)													
Vorname (offizieller Vorname)													
Hausnummer (ggf. Briefkastenummer)													
									Nr.		Briefkasten		
Postleitzahl und Gemeinde													
											Postleitzahl		
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)													

FACH 2	Richtlinie für den Arzt												
<p>1. Für jeden Schadenersatzantrag verlangt Fedris, daß dieses Dokument vollständig ausgefüllt und unterzeichnet wird. Jeder unvollständige Antrag (das Antragsformular wurde schlecht ausgefüllt, oder die unentbehrlichen medizinischen Belege fehlen) verzögert die Bearbeitung der Akte</p> <p>2. Wenn der Antrag für mehrere Pathologien eingereicht wird, muß für jede Krankheit ein Attest ausgefüllt werden.</p> <p>3. Dem vorliegenden Attest müssen auf jeden Fall die ärztlichen Belege beigefügt werden, anhand deren die Diagnose gestellt und die Krankheit begründet werden konnte:</p>													
⇒ bei Pneumokoniose	Aufnahme und Protokoll einer Standardröntgenaufnahme des Brustkorbes; bei den durch Asbest verursachten Krankheiten : Aufnahmen und Protokoll einer Tomodensitometrie (CT-SCAN) des Brustkorbes, feine und grobe Schnitte												
⇒ bei Bronchialasthma	Bericht des Pneumologen, Umriß der Lungenfunktionstests, aspezifische, Bronchialüberempfindlichkeitstests, Blutuntersuchung (RAST, ..)												
⇒ bei infektiöser Hepatitis	Laborergebnisse (Serologie + Enzyme)												
⇒ bei allergischer Dermatoze	Ergebnisse der Hauttests												
⇒ bei Vergiftung	Ergebnisse der biologischen und toxikologischen Untersuchungen												
⇒ bei Schwerhörigkeit	Tonaudiogramm beider Ohren												
⇒ bei Arthrose	Röntgenaufnahmen der Gelenke oder der betroffenen Körperstelle (Aufnahmen und Protokolle)												
⇒ bei Tendinitis	Bericht des Facharztes, Echographie (Aufnahme und Protokoll)												
⇒ bei Karpal-Tunnel-Syndrom	Bericht des Facharztes, Elektromyographie, Bericht über den chirurgischen Eingriff												
<u>Diese Liste hat keinen Vollständigkeitswert.</u>													

FACH 3	Art des Antrags	
Die in Fach 1 erwähnte Person möchte folgenden Antrag einreichen <i>(kreuzen Sie das entsprechende Fach an)</i>		
<input type="checkbox"/> einen Erstantrag oder einen Antrag nach Ablehnung. <i>(vervollständigen Sie Rubrik A mit der Überschrift Erstantrag oder Antrag nach Ablehnung)</i> <input type="checkbox"/> einen Antrag auf erneute Überprüfung einer bereits anerkannten Berufskrankheit. <i>(vervollständigen Sie Rubrik B mit der Überschrift Antrag auf Neufestlegung)</i>		
Rubrik A	Erstantrag oder Antrag nach Ablehnung	
Genauere Krankheitsdiagnose	.....
Anamnese und klinische Untersuchung	..... ..... .....
Liste der medizinischen Belege, anhand deren die Krankheitsdiagnose gestellt werden konnte und die dem Antrag beigefügt werden müssen <i>(siehe Richtlinie für den Arzt, Fach 2)</i>	..... ..... .....
Datum, an dem die Berufskrankheit zum erstenmal festgestellt worden ist	__ / __ / ____	
Durch die Berufskrankheit bedingte Arbeitsunfähigkeit	vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____ vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____ vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____	
Tätigkeit oder Agens das die Berufskrankheit vermutlich verursacht hat	..... .....
Detaillierte Beschreibung der angeprangerten beruflichen Tätigkeit	..... ..... .....
Ist der Patient noch immer diesem Risiko ausgesetzt?	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>	<i>(wenn nicht, seit wann)</i> vanaf __ / __ / ____
Muß der Patient von diesem Risiko ferngehalten werden?	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>	<i>(wenn ja, füllen Sie auch Rubrik D aus)</i>
Braucht der Patient wegen seiner Berufskrankheit regelmäßig Hilfe von einer anderen Person?	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>	<i>(wenn ja, füllen Sie auch Rubrik C aus)</i>
Glauben Sie, daß es sich um eine Krankheit handelt, die auf der belgischen Liste der anerkannten Berufskrankheiten vorkommt? <i>(siehe www.fedris.be/de/liste)</i>	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>	
Wenn Sie der Meinung sind, daß es sich um eine Krankheit handelt, die nicht auf der belgischen Liste der anerkannten Berufskrankheiten <i>(siehe www.fedris.be/de/liste)</i> vorkommt, belegen Sie dann daß die Ausübung des Berufes der ausschlaggebende und direkte Grund für diese Krankheit ist <i>(wissenschaftliche Veröffentlichungen usw.)</i>	<i>Opgave van de bijgevoegde bewijsstukken :</i>	

Rubrik B		Antrag auf erneute Überprüfung	
Genauere Diagnose der Krankheit, für die bereits eine Entschädigung gezahlt wird		..... .....
Beweis, daß sich die Krankheit verschlimmert hat; neue Angaben in der Anamnese und klinischen Untersuchung		..... ..... .....
Liste der medizinischen Belege, die die Verschlimmerung nachweisen (dem Antrag beizufügen)		..... ..... .....
Durch die Berufskrankheit bedingte Arbeitsunfähigkeit		vom ___ / ___ / ___ bis zum ___ / ___ / ___ vom ___ / ___ / ___ bis zum ___ / ___ / ___	
Ist der Patient noch immer dem Berufskrankheitsrisiko ausgesetzt?	(antworten Sie mit Ja oder Nein)	(wenn nicht, seit wann) ab dem ___ / ___ / _____	
Muß der Patient zeitweilig vom Berufskrankheitsrisiko ferngehalten werden?	(antworten Sie mit Ja oder Nein)	(wenn ja, füllen Sie auch Rubrik D aus)	
Braucht der Patient wegen seiner Berufskrankheit regelmäßig Hilfe von einer anderen Person?	(antworten Sie mit Ja oder Nein)	(wenn ja, füllen Sie auch Rubrik C aus)	
Rubrik C		Antrag auf regelmäßige Hilfe von einer anderen Person	
		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	
1. Kann sich der Patient	- außerhalb des Hauses allein fortbewegen? - im Hause allein fortbewegen?		
2. Ist der Patient bettlägerig?			
3. Ist der Patient wegen seiner Berufskrankheit nicht in der Lage	- sein Essen allein zuzubereiten? - sich allein zu ernähren?		
4. Kann der Patient	- seine Wohnung allein unterhalten? - sich völlig allein waschen? - sich mit der bedingten Hilfe einer anderen Person waschen? - sich nicht ohne vollständige Hilfe einer anderen Person waschen? - ohne jede Hilfe seine Notdurft verrichten? - fortwährend unter Aufsicht bleiben? - zwischendurch unter Aufsicht bleiben?		
5. Gibt es eine andere Erkrankung, die den Patienten von Dritten abhängig macht? Wenn ja, welche?		..... .....
6. Ist der Patient ins Krankenhaus eingeliefert worden? Wenn ja, seit wann und für welche Krankheit? (fügen Sie den Bericht hierüber bei)		Ab dem ___ / ___ / _____ Krankheit:	
7. Ist der Patient letztes Jahr ins Krankenhaus eingeliefert worden? Wenn ja, während wieviel Monaten und für welche Krankheit? (fügen Sie die Berichte hierüber bei)		Monate: Krankheit:	
8. Ist der Betreffende endgültig auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen? Wenn nicht, wie lange schätzungsweise? (ab dem Antrag)		Dauer:	

Rubrik D	Antrag auf zeitweilige Fernhaltung vom Berufskrankheitsrisiko	
Arbeitsmedizinischer Dienst		
Name und Anschrift des Betriebsarztes oder des zwischenbetrieblichen Gesundheitsdienstes	..... ..... .....
Angaben über das Risiko, von dem der Antragsteller ferngehalten werden müßte		
Von welchem Berufskrankheitsrisiko muß der Betreffende zeitweilig ferngehalten werden?	..... ..... .....
Angaben über die Fernhaltung		
Medizinische Gründe, die den Antrag auf zeitweilige Fernhaltung rechtfertigen <i>(Gründe, die belegen, daß der Betreffende anfällig für die Berufskrankheit ist, oder daß er davon bedroht ist)</i>	..... ..... .....
Liste der beigefügten medizinischen Belege zur Rechtfertigung der zeitweiligen Fernhaltungsmaßnahme <i>(z.B. Audiogramm, Laborwerte..)</i>	..... ..... .....
Art und Weise, wie die Fernhaltung stattgefunden hat oder stattfinden wird		
- durch Versetzung an einen Arbeitsplatz außerhalb des Risikobereichs: - wenn ja, - Datum der Versetzung - Art des neuen Arbeitsplatzes	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i> __ / __ / ____ 	
- durch Einstellen der Tätigkeit - wenn ja, - Datum des letzten effektiven Arbeitstages - Datum, ab dem der Betreffende zeitweilig vom Risiko ferngehalten wird - vorgeschlagene Dauer	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i> __ / __ / ____ __ / __ / ____ vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____	
..... <i>(Name und vollständige Anschrift des Arztes)</i>	__ / __ / ____ <i>(Datum)</i>	
..... <i>(Stempel des Arztes)</i>	..... <i>(Unterschrift)</i>	