



RUGPREVENTIE - AANVRAAG FUNCTIONELE REVALIDATIE ¹

De aanvraag kan worden ingediend door de arbeidsarts of de arts van het revalidatiecentrum

1 WERKNEMER

1.1 INSZ²: _____ - _____ - _____ 1.2 Taal : N F D

1.3 Naam* : _____ 1.4 Voornaam* : _____

1.5 Tel : _____ 1.6 IBAN* : BE _____

1.7 Behandelend arts Naam, voornaam: _____ Tel / GSM: _____

1.8 Ziekenfonds Code: _____

Naam: _____

OF (plak hier een kleeftbriefje van uw mutualiteit)

2 WERKGEVER

2.1 Ondernemingsnummer ³: _____

2.2 Naam* : _____

2.3 Adres* : _____

3 ARBEIDSARTS (Interne/externe dienst voor preventie en bescherming op het werk)

3.1 Arts RIZIV-Nr: _____ - _____ - _____ - _____ Naam, voornaam* : _____

Tel/GSM* : _____ E-mail* : _____

3.2 EDPB Ondernemingsnummer³: _____

Naam* : _____

Adres* : _____

3.3 Werknemer is onderworpen aan het risico* : manueel hanteren van lasten belasting van ergonomische aard voor de rug

mechanische trillingen (overgedragen via zitvlak)

3.4 Werknemer is erkend door Fedris voor de beroepsziekte onder CODE 1.605.03: ja neen

3.5 Beroep - Functie* : _____

3.6 Oorzaak van de arbeidsongeschiktheid* : specifieke lage rugklachten hervat heelkundige ingreep lumbale wervelzuil

3.7 Begindatum van de arbeidsongeschiktheid* : ____ / ____ / 20 ____

3.8 In geval van heelkundige ingreep lumbale wervelzuil, datum ingreep* : ____ / ____ / 20 ____

3.9 De werknemer heeft aangepast werk of een andere functie gekregen bij de werkhervatting: ja neen

Datum werkhervatting: ____ / ____ / 20 ____

HANDTEKENING VAN DE WERKNEMER

De ondergetekende geeft toestemming tot het uitwisselen van de medische gegevens betreffende zijn rugrevalidatie tussen de betrokken artsen (arbeidsarts, adviserend arts, arts van Fedris en behandelend artsen).

De ondergetekende geeft eveneens toestemming aan de EDPB / IDPB om het nodige te doen om de ergonomische interventie op de werkpost uit te voeren.

HANDTEKENING VAN DE ARBEIDSARTS

De ondergetekende verbindt zich tot het nazien van de gegevens verzameld op de voorzijde van dit formulier (UW STEMPEL A.U.B.)

Het formulier MOET DE DAG ZELF van de handtekening overgemaakt worden aan Fedris.

Datum : ____ / ____ / 20 ____

 Keuze van het REVALIDATIECENTRUM : zie www.fedris.be

1. Koninklijk besluit van 17 mei 2007 (BS van 11/06/2007) tot vaststelling van de inwerkingtreding van artikel 44 van de wet van 13 juli 2006 en tot uitvoering van artikel 62bis van de wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit, gecoördineerd op 3 juni 1970.

2. INSZ = Identificatienummer van de Sociale Zekerheid = Rijksregisternummer dat u op de achterzijde van uw identiteitskaart kunt vinden.

3. Uniek ondernemingsnummer bij de Kruispuntbank van de Ondernemingen.

* Verplichte inlichtingen.

4 ARTS VAN HET REVALIDATIECENTRUM

Kader 1 van het aanvraagformulier (werknemer) moet verplicht worden ingevuld én de handtekening van de werknemer is noodzakelijk op de voorzijde van het formulier

HUDIGE GESCHIEDENIS LAGE RUGPIJN

4.1 Datum eerste medisch onderzoek in het centrum: ___ / ___ / 20 ___

4.2 Datum (of maand) begin huidige lage rugpijn: ___ / ___ / 20 ___

4.3 Patiënt is arbeidsongeschikt wegens:

- Aspecifieke lage rugklachten* sinds minstens 4 weken en maximaal 6 maanden
- Een *hervat* binnen de 12 maanden, sinds minstens 1 week en maximaal 6 maanden
- Een *heelkundige ingreep op de lumbale wervelzuil* sinds minstens 4 weken en maximaal 6 maanden

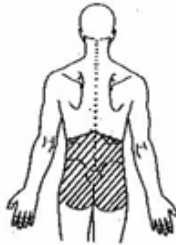
4.4 Het klinisch onderzoek bij opname in het centrum bevestigt een lumbale pathologie:

- Met *radiculaire uitstraling*
- Zonder *radiculaire uitstraling*

VOORGESCHIEDENIS LAGE RUGPIJN (interview van de patiënt)

4.5 Bestonden er **vóór de huidige pijnperiode** reeds **lage rugklachten (pijn, last)** die langer dan een dag duurden in de gearceerde lichaamszone hieronder afgebeeld, al of niet met uitstraling naar één of twee benen?

ja neen



4.6 Was er **tijdens de laatste 12 maanden**, maar **vóór de huidige pijnperiode**, reeds arbeidsongeschiktheid wegens lage rugklachten?

ja neen Indien ja Frequentie: ___ keer

5 REVALIDATIECENTRUM

5.1 Code : 5.2 Naam :

HANDTEKENING VAN DE ARTS VAN HET CENTRUM
(UW STEMPEL A.U.B.)

Bevestigt dat bij de patiënt geen contra-indicaties werden vastgesteld om aan het revalidatieprogramma deel te nemen.

Datum : ___ / ___ / 20 ___