

# Verzoek om re-integratietraject BEHANDELEND ARTS



**De ondergetekende dokter** (naam, voornaam van de behandelend arts):

RIZIV-nummer:

Adres: Straat:	Nummer:	Postbus:
Postcode:	Gemeente:	
E-mailadres arts:	Tel. nummer arts:	
GMD-houder	Huisarts	Specialist

**verzoekt de preventieadviseur-arbeidsarts een re-integratietraject op te starten voor:**

de heer/mevrouw (naam, voornaam van de te onderzoeken persoon):

Geboortedatum:

Verbond mutualiteit:     
(kleef hier sticker)

Adres: Straat:	Nummer:	Postbus:
Postcode:	Gemeente:	

Huidig overeengekomen werk:

Betrokken werknemer is arbeidsongeschikt sinds:

Reden aanvraag re-integratietraject:

Bedrijfsnaam:

KBO-nummer:

Naam personeelsverantwoordelijke HRM:

Naam leidinggevende:

Datum, stempel en handtekening van de arts:

Gelieve aanvraag re-integratietraject te verzenden per post naar onze regionale klantenservice of de aanvraag te verrichten via "eHealth MyBox-applicatie" t.a.v. Groep IDEWE (document kan toegevoegd worden als bijlage).