

Demande de trajet de réintégration

MÉDECIN TRAITANT



Le soussigné médecin (nom et prénom du médecin traitant) :

Numéro INAMI :

Adresse : Rue :

Numéro :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Adresse e-mail du médecin :

Numéro de téléphone du médecin :

Détenteur du DMG

Médecin généraliste

Spécialiste

demande au conseiller en prévention-médecin du travail de démarrer un trajet de réintégration pour :

monsieur/madame (nom et prénom de la personne à examiner) :

Date de naissance :

NISS :

Numéro de la mutuelle :

(Collez ici la vignette)

Adresse : Rue :

Numéro :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Travail actuel convenu :

Le travailleur concerné est inapte au travail depuis :

Raison de la demande de trajet de réintégration :

Nom de l'entreprise :

Numéro BCE :

Nom du responsable du personnel (HRM) :

Nom du supérieur hiérarchique :

Date, cachet et signature du médecin :

Veuillez envoyer votre demande de trajet de réintégration par courrier postal à notre service clientèle régional ou via l'application MyBox eHealth à l'attention du Groupe IDEWE (le document peut être ajouté en pièce jointe).