

LANDESBUND DER CHRISTLICHEN KRANKENKASSEN
ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES
ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG - CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Christliche Krankenkasse
Verviers und Eupen
Rue Laoureux 25-29
4800 VERVIERS
TEL 087 30 51 11

Arbeiter(in) - Angestellte(r) - Bergmann (3)
Ouvrier - Employé - Mineur (3)
Mann - Frau (3)
Homme - Femme (3)

Vom Versicherten auszufüllen
A compléter par le titulaire

Krankenversicherungsnummer Geburtsdatum - *Date de naissance* :
N° inscription *KRANKENKASSE - Mutualité*

* Ausfüllen oder gelben Erkennungsaufkleber verwenden - Complétez les données ci-dessus ou collez une vignette jaune

Name und Vorname - Nom et prénom (*) :

Ständiger Wohnsitz - Résidence principale (*) (1) :

Ort, an dem der/die Versicherte sich für die vertrauensärztliche Untersuchung zur Verfügung hält (1) :

Adresse à laquelle le titulaire se tient à la disposition du contrôle (1)

Wenn Sie vollzeitslos sind, geben Sie an, seit wann : --
Si vous êtes chômeur complet, indiquez depuis quelle date :

Ich Unterzeichneter, Dr. med., erkläre hiermit, folgende(n) Patient(in)(en) zu behandeln :

Je soussigné, docteur en médecine, déclare donner mes soins à :

und festgestellt zu haben, dass er/sie arbeitsunfähig ist seit dem:

et avoir constaté qu'il(elle) est incapable de travailler, depuis le :

wegen (Symptome und eventuell Diagnose) - *par suite de (symptomatologie et éventuellement diagnostic) (2) :*

Der/die Patient(in) ist - ist nicht - in der Lage, sich fortzubewegen (3) *L'intéressé(e) est en état - n'est pas en état (3) de se déplacer.*

Der/die Patient(in) wird stationär behandelt in (3)

L'intéressé(e) est hospitalisé(e) à (3)

seit dem *depuis le*

Grund und voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung - *Raison et durée présumée de l'hospitalisation :*

Wenn der Grund für die Arbeitsunfähigkeit eine Schwangerschaft ist, voraussichtliches Datum der Entbindung :

Si l'incapacité résulte de la grossesse, la date présumée de l'accouchement est le

Im Falle einer Ablehnung durch den Vertrauensarzt der Krankenkasse möchte ich benachrichtigt werden. JA - NEIN (3)

En cas de désaccord, je prie mon confrère, médecin-conseil, de me faire connaître la décision qu'il aura prise au sujet de ce(tte) malade. OUI - NON (3)

Angaben zum unterzeichnenden Arzt (4) Datum *Date*

Identification du médecin (4) Unterschrift des behandelnden Arztes - Signature du médecin traitant

Case réservée au
médecin-conseil

DEBUT D'INCAPACITE	DATE DE RECEPTION	DELAJ CONVOCATION	HEURE	LIEU
PARTICULARITES		DIVERS	N° D'ORDRE ANNUEL ou N° DOSSIER	

Date et signature du médecin-conseil :

Visite à domicile par : M.C. - Méd. Insp. - Infirmière (3)
 Application art. 136 §§1, 2, 3 et 134 (Loi Coordinée du 14 juillet 1994) (3)

- (1) Der Versicherte ist verpflichtet, dem Vertrauensarzt sämtliche Änderungen bezüglich seines Wohnsitzes mitzutellen
(1) Le titulaire doit communiquer au médecin-conseil toutes modifications concernant sa résidence.
- (2) Die Ursache der Arbeitsunfähigkeit genau angeben, d.h. erwähnen, ob es sich um einem Unfall oder eine Verletzung handelt, und dem Vertrauensarzt die nötigen Angaben mitteilen, damit er die vermutliche Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit einschätzen kann.
(2) Préciser la cause de l'incapacité en indiquant notamment s'il s'agit d'un accident ou traumatisme et fournir des indications permettant au médecin-conseil d'estimer la durée probable de cette incapacité.
- (3) Unzutreffendes bitte streichen *Biffer la mention inutile.*
- (4) Vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV) erteilte Zulassungsnummer *Numéro d'immatriculation attribué par l'INAMI.*