

**BEPERKTE VERSPREIDING - PERSOONLIJKE LEVENSSFEER**

(CHOD-SPS-IMGT-ISEC-001)

**HET GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT MOD 1**

(BIJL A - DGHR-REG-MEDIS-001)

In te vullen VOOR de consultatie door de PATIËNT <sup>1</sup>	Naam :	Voornaam
	Graad :	Stamnummer :
	Eenheid :	Geboortedatum :
	<b>VERBLIJFPLAATS patiënt gedurende de arbeidsgeschiktheid</b>	
	Straat :	Nr/Bus :
	Postnummer :	Gemeente
Telefoon/GSM 1 :	Telefoon/GSM 2 :	

In te vullen door de BEHANDELENDE ARTS	<input type="checkbox"/> Onderhavige consultatie kan om medische redenen <b>niet in de praktijkruimte van de arts</b> plaatsvinden.	
	Onderstaande is te wijten aan : (indien nodig kan onder medisch geheim een diagnose vermeld worden)	
	<input type="checkbox"/> Beroepsziekte	} Waarbij volgens mij het medisch verband tussen de aandoening en het oorzakelijk verband zoals verklaard door de patiënt :
	<input type="checkbox"/> arbeidsongeval datum	
	<input type="checkbox"/> mogelijk is <input type="checkbox"/> niet mogelijk is <input type="checkbox"/> niet kan bepaald worden	
	<input type="checkbox"/> de patiënt is <b>gehospitaliseerd vanaf</b> datum (met arbeidsongeschiktheid gedurende de hospitalisatie)	
<input type="checkbox"/> de patiënt is <b>ontslagen</b> uit het hospitaal op datum		
<input type="checkbox"/> de patiënt is <b>arbeidsongeschikt</b>	<b>vanaf:</b> (Max 24 uur terugwerkende kracht) Datum	
	<b>tot en met:</b> (Max 30 kalenderdagen, behalve na hospitalisatie) Datum	
<input type="checkbox"/> betrokkene <b>MAG</b> de verblijfplaats verlaten	} gedurende de duur van die <b>arbeidsongeschiktheid</b>	
<input type="checkbox"/> betrokkene <b>MAG NIET</b> de verblijfplaats verlaten		
Stempel Arts	Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart deze patiënt te hebben onderzocht en bovenstaande te hebben vastgesteld.	Handtekening arts  X  Datum

**MEDISCH GEHEIM (indien ingevuld) MAG ENKEL GEOPEND WORDEN DOOR DE ARTS BESTEMMING**

↑ onder deze lijn blijven    ↑ onder deze lijn blijven    ↑

HIER DICHTKLEVEN OF DICHTNIETEN <b>DIAGNOSE BEHANDELENDE ARTS</b>		
MEDISCH GEHEIM INDIEN INGEVULD		
In te vullen door de BEHANDELENDE ARTS		
Stempel arts	Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart deze patiënt te hebben onderzocht en bovenstaande te hebben vastgesteld.	handtekening arts  X  datum
HIER DICHTKLEVEN OF DICHTNIETEN		

HIER PLOOIEN >> | << HIER PLOOIEN

HIER PLOOIEN >> | << HIER PLOOIEN

<sup>1</sup> Noodzakelijke informatie voor de verwerking van de aanvraag en omwille van een wettelijke verplichting die op verwerkingsverantwoordelijke (Defensie) rust en met verwijzing naar de privacyverklaring van Defensie en de specifieke privacyverklaringen van DG H&WB, COMOPSMED, DGHR en/of DGBudFin, voor zover van toepassing.

## **BEPERKTE VERSPREIDING - PERSOONLIJKE LEVENSSFEER**

(CHOD-SPS-IMGT-ISEC-001)

### **OP DE ACHTERZIJDE**

1. De bepalingen inzake de afwezigheden om gezondheidsredenen (AGR), de uitvoering van de medische controle en de verschijning voor de militaire commissie (van beroep) voor geschiktheid en reform (MC(B)GR) worden vastgelegd in het Reg DGHR-REG-MEDIS-001.
2. De behandeling van de gegevens in dit document zal worden beschouwd in overeenstemming met de geldende regelgeving met betrekking tot het delen en de beveiliging van deze gegevens:
  - De verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming, ook AVG genoemd);
  - De wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens;
  - Het Art. 458 Strafwetboek (beroepsgeheim);
  - De specifieke procédure CHOD-SPS-IMGT-ISEC-001: Delen en beveiliging van de niet-geclassificeerde informatie van Defensie.