**Verzoek tot opstarten van een re-integratietraject door de werknemer of zijn behandelend arts met toelating van de werknemer of op zijn verzoek**

**Codex welzijn op het werk, Art. I.4-71 - 82**

**Ondergetekende werknemer**

Naam en voornaam:

Telefoon: Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

Adres:

E-mail:

Functie:

**Gegevens werkgever**

Naam:

Adres:

E-mail:

Telefoon: Contactpersoon:

**Mijn ziekenfonds is:**

Klever ziekenfonds

Naam:

Verbondsnummer:

**Ziekteperiode**: van tot

**Het betreft een arbeidsongeval**: nee/ja Zo ja, bezorg het bewijs van consolidatie van het arbeidsongeval.

**Het betreft een beroepsziekte** : nee/ja

Datum en handtekening van de werknemer

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terug te bezorgen via:
**info@premed.be**OF per post (Premed t.a.v. dienst re-integratie, Tiensevest 61 Bus 2 - 3010 Leuven)