**Toelating contacteren artsen / andere personen**

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

Hierbij geef ik toelating aan de preventieadviseur-arbeidsarts om alle artsen en andere instanties die kunnen bijdragen tot mijn gezondheidsbeoordeling of mijn re-integratie te contacteren.

**Ondergetekende werknemer**

Naam en voornaam:

Telefoon: Geboortedatum:

Adres:

E-mail:

**Mijn behandelende artsen zijn:**

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

**Mijn ziekenfonds is:**

Klever ziekenfonds

Naam:

Verbondsnummer:

Adres:

Telefoonnummer:

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)