

Vom Versicherten auszufüllen - A remplir par l'assuré social

Name und Vorname - Nom et prénom :

Nationalregisternummer - *Numéro d'identification du registre national:*

Wohnsitzadresse (falls nicht identisch mit der offiziellen Adresse) - *Adresse de résidence (si pas indentique à l'adresse officielle) :*

Der Sozialversicherte muss der Krankenkasse jegliche Änderung bezüglich seines Wohnsitzes innerhalb von 2 Tagen mitteilen.
L'assuré social doit communiquer à la mutualité toutes modifications concernant sa résidence dans les 2 jours calendrier de ces changements.

Diese Bescheinigung betrifft: den Beginn der Arbeitsunfähigkeit - *le début de cette incapacité*
Ce certificat concerne : eine Verlängerung dieser Arbeitsunfähigkeit - *une prolongation de cette incapacité*

Berufliche Situation zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit - *Situation professionnelle au moment du début de l'incapacité de travail :*

Arbeiter(in) - *Ouvri(e)(è)r(e)* Angestellte(r) - *Employé(e)* Arbeitslose(r) - *Chômage*

Aktuelle Berufstätigkeit - Profession (actuelle):

Sind Sie nebenberuflich selbständig? - *Etes-vous indépendant(e) à titre complémentaire ?* NEIN - *NON* JA - *OUI*

Die Arbeitsunfähigkeit steht im Zusammenhang mit: einem Unfall - *un accident* einer Berufskrankheit - *une maladie professionnelle* einer anderen Krankheit - *une autre maladie*
L'incapacité est en lien avec :

Gemäß EU Verordnung 2016/679 informieren wir Sie darüber, dass die Freie Krankenkasse Ihre Daten im Rahmen unseres Auftrags zur Beteiligung an der Ausführung der gesetzlichen Krankenversicherung unter der Verantwortung von MLOZ verarbeitet (Datenschutzerklärung: www.freie.be/privacy).
Conformément au règlement Européen 2016/679 nous vous informons que la Freie Krankenkasse traite vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire sous la responsabilité de MLOZ (déclaration de vie privée: www.freie.be/privacy).

VERTRAULICHE MEDIZINISCHE ANGABEN: durch den Arzt auszufüllen - SECRET MEDICAL: à remplir par le médecin

Ich Unterzeichneter, Doktor der Medizin, erkläre aufgrund der klinischen Untersuchung und der medizinischen Angaben über die ich zum jetzigen Zeitpunkt verfüge, festgestellt zu haben, dass (Name des Patienten) arbeitsunfähig ist
Sur base de mon examen clinique et des données médicales dont je dispose ce jour, je soussigné, docteur en médecine, atteste avoir constaté que (nom du patient) est incapable de travailler

vom - *du*/...../..... bis einschließlich zum - *au*/...../..... (inclus)

Diagnose oder Symptomatologie und/oder funktionelle Störungen - Diagnostic au symptomatologie, et/ou des troubles fonctionnels:

Berufliche oder soziale Schwierigkeiten können ebenfalls erwähnt werden. All diese Informationen ermöglichen in Ihrer Gesamtheit eine bessere Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und eine zweckmäßige Planung der Vorladung. - *Des difficultés professionnelles ou sociales peuvent être mentionnées. L'ensemble de ces données permet une meilleure évaluation de l'incapacité de travail et de convoquer la personne de façon appropriée.*

ICPC-2

ICD-10

Kodierung der Hauptdiagnose (fakultativ) : oder - *ou*
Codage facultatif du diagnostic principal :

Der/die Betroffene ist oder wird **hospitalisiert** ab dem/...../.....
L'intéressé(e) est au sera hospitalisé(e) à partir du

Im Falle einer **Schwangerschaft**, voraussichtlicher Geburtstermin:
En cas de grossesse, date présumée de l'accouchement :/...../.....

Kommunikation mit dem Vertrauensarzt - Communication avec le médecin-conseil:
der Vertrauensarzt kann mich unter folgender Telefonnummer oder E-mail-Adresse kontaktieren:
le médecin-conseil peut me contacter au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel suivante:

Die Übermittlung von medizinisch vertraulichen Informationen wird immer über gesicherte Anwendungen erfolgen.
Par ailleurs, les communications médicales confidentielles se feront par des applications sécurisées.

Identifizierung des Arztes mit LIKIV-Nummer
Identification du médecin avec numéro IANMI

Datum und Unterschrift des Arztes
Date et signature du médecin

VERTRAULICH - CONFIDENTIEL

AN DEN VERTRAUENSARZT - AU MEDECIN CONSEIL
FREIE KRANKENKASSE
HAUPTSTRASSE 2
4760 BÜLLINGEN

Abgabefrist der Arbeitsunfähigkeitserklärung - Délai de déclaration du certificat d'incapacité de travail

Sie sind ... - Si vous êtes dann beträgt die Abgabefrist - le délai de déclaration est de ...
Stempler(in) oder nicht an einen Arbeitsvertrag gebunden (bspw.: Interimarbeiter) <i>au chômage ou non lié par un contrat de travail (par ex. travailleur intérimaire)</i>	7 Kalendertage - 7 jours calendrier
Arbeiter(in) unter Arbeitsvertrag <i>ouvrie(è)r(e) sous contrat de travail</i>	14 Kalendertage - 14 jours calendrier
Angestellte(r) unter Arbeitsvertrag <i>employé(e) sous contrat de travail</i>	28 Kalendertage - 28 jours calendrier
Selbständige(r) <i>indépendant(e)</i>	7 Kalendertage - 7 jours calendrier
Wenn Ihre Situation wie unten beschrieben ist ... <i>Si votre situation est comme décrite ci-dessous ...</i>	... dann beträgt die Abgabefrist - le délai de déclaration est de ...
Sie haben die Arbeit wieder aufgenommen, haben jedoch innerhalb von 14 Kalendertagen einen Rückfall (gleiche oder andere Diagnose). <i>Vous avez repris le travail mais avez rechuté dans les 14 jours calendrier (même ou autre diagnostic).</i>	7 Kalendertage - 7 jours calendrier
Die Arbeitsunfähigkeit wird nach dem Enddatum ohne Unterbrechung verlängert . <i>L'incapacité de travail est prolongée après la date de fin sans interruption.</i>	

Die Fristen werden während eines Krankenhausaufenthaltes ausgesetzt.
Les délais sont suspendus pendant une hospitalisation.

Absender - Expéditeur

.....
.....
.....
.....