

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 97 — 207

[S - C - 96/22733]

6 DECEMBRE 1996. — Arrêté ministériel déterminant le modèle des formules d'introduction des demandes de réparation des dommages résultant des maladies professionnelles et des demandes de révision des indemnités acquises

La Ministre des Affaires sociales,

Vu l'arrêté royal du 26 septembre 1996 déterminant la manière dont sont introduites et instruites par le Fonds des maladies professionnelles les demandes de réparation et de révision des indemnités acquises, notamment l'article 2,

Arrête :

Article 1^{er}. Les demandes de réparation et les demandes de révision doivent être introduites auprès du Fonds des maladies professionnelles au moyen de la formule blanche qui se compose d'un volet administratif (501) et d'un volet médical (503) et dont le modèle est déterminé à l'annexe 1 du présent arrêté.

Par dérogation à ce qui est prévu à l'alinéa premier :

— les demandes de remboursement de prestations pour soins de santé reprises dans l'arrêté royal du 28 juin 1983 établissant une nomenclature spécifique pour prestations de soins de santé en matière d'assurance maladies professionnelles, doivent être introduites auprès du Fonds des maladies professionnelles au moyen de la formule jaune qui se compose d'un volet administratif (511) et d'un volet médical (513) et dont le modèle est déterminé à l'annexe 2 du présent arrêté;

— les demandes d'écartement temporaire du risque professionnel en raison d'une grossesse doivent être introduites auprès du Fonds des maladies professionnelles au moyen de la formule rose qui se compose d'un volet administratif (521) et d'un volet médical (523) et dont le modèle est déterminé à l'annexe 3 du présent arrêté.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 1997.

Bruxelles, le 6 décembre 1996.

Mme M. DE GALAN

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 97 — 207

[S - C - 96/22733]

6 DECEMBER 1996. — Ministerieel besluit tot vaststelling van het model van de formulieren voor indiening van de aanvragen om schadeloosstelling voor een beroepsziekte en van de aanvragen om herziening van reeds toegekende vergoedingen

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op het koninklijk besluit van 26 september 1996 tot vaststelling van de wijze waarop de aanvragen om schadeloosstelling en om herziening van reeds toegekende vergoedingen bij het Fonds voor de beroepsziekten worden ingediend en onderzocht, inzonderheid op artikel 2,

Besluit :

Artikel 1. De aanvragen om schadeloosstelling en de aanvragen om herziening moeten bij het Fonds voor de beroepsziekten ingediend worden door middel van het wit formulier dat samengesteld is uit een administratief (501) en uit een medisch deel (503) en waarvan het model vastgesteld wordt in bijlage 1 van dit besluit.

In afwijking op hetgeen bepaald is in het eerste lid :

— moeten de aanvragen voor terugbetaling van de kosten voor verstrekkingen van geneeskundige verzorging opgenomen in het koninklijk besluit van 28 juni 1983 tot vaststelling van een specifieke nomenclatuur voor verstrekkingen van geneeskundige verzorging inzake beroepsziekteverzekering, bij het Fonds voor de beroepsziekten ingediend worden door middel van het geel formulier dat samengesteld is uit een administratief (511) en uit een medisch deel (513) en waarvan het model vastgesteld is in bijlage 2 van dit besluit;

— moeten de aanvragen om tijdelijke verwijdering uit het risico van beroepsziekte wegens zwangerschap bij het Fonds voor de beroepsziekten ingediend worden door middel van het roze formulier dat samengesteld is uit een administratief (521) en uit een medisch deel (523) en waarvan het model vastgesteld is in bijlage 3 van dit besluit.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1997.

Brussel, 6 december 1996.

Mevr. M. DE GALAN

MINISTERIUM DER SOZIALEN ANGELEGENHEITEN, DER VOLKSGESUNDHEIT UND DER UMWELT

D. 97 — 207

[S - C - 96/22733]

6. DEZEMBER 1996 — Ministerialerlaß zur Feststellung des Vordrucks der Formulare zum Einreichen der Entschädigungsanträge für eine Berufskrankheit und der Revisionsanträgen der bereits gewährten Erstattungen

Die Ministerin der Sozialen Angelegenheiten,

Aufgrund des königlichen Erlasses vom 26. September 1996 zur Feststellung der Weise worauf die Entschädigungsanträge und die Revisionsanträge der bereits gewährten Erstattungen beim Fonds für Berufskrankheiten eingereicht und geprüft werden, namentlich Artikel 2,

Erlaßt:

Artikel 1 - Entschädigungsanträge und Revisionsanträge müssen beim Fonds für Berufskrankheiten eingereicht werden mittels des weißen Formulars, das sich aus einem administrativen Teil (501) und einem ärztlichen Teil (503) zusammensetzt und dessen Vordruck festgelegt wird in Beilage 1 dieses Erlasses.

Abweichend von den Bestimmungen im ersten Satz:

— müssen die Anträge auf Rückerstattung der Kosten für Leistungen der medizinischen Behandlungen, vorgesehen im königlichen Erlaß vom 28. Juni 1983 zur Feststellung einer spezifischen Nomenklatur für Leistungen der medizinischen Behandlungen im Rahmen der Berufskrankheitenversicherung, beim Fonds für Berufskrankheiten eingereicht werden mittels des gelben Formulars, das sich aus einem administrativen Teil (511) und einem ärztlichen Teil (513) zusammensetzt und dessen Vordruck festgelegt wird in Beilage 2 dieses Erlasses;

— müssen die Anträge auf zeitweise Entfernung aus dem Risiko einer Berufskrankheit infolge Schwangerschaft, beim Fonds für Berufskrankheiten eingereicht werden mittels des rosafarbenen Formulars, das sich aus einem administrativen Teil (521) und einem ärztlichen Teil (523) zusammensetzt und dessen Vordruck festgelegt wird in Beilage 3 dieses Erlasses.

Art. 2 - Dieser Erlaß tritt in Kraft am 1. Januar 1997.

Brussel, den 6. Dezember 1996

Frau M. DE GALAN

[F - 22733]

BIJLAGE 1

FONDS VOOR DE BEROEPSZIEKTEN

Sterrenkundelaan 1
1210 BRUSSEL

Tel. 02/226.62.11

Fax 02/219.19.33

501N

AANVRAAGFORMULIER VOOR SCHADELOOSSTELLING VOOR EEN BEROEPSZIEKTE(*)
Beroepsziektewetgeving voor de privé-sector

(*) Formulier te gebruiken voor een algemene aanvraag. Voor aanvragen om een tegemoetkoming wegens verwijdering van een zwangere werknemers uit het schadelijk midden en voor aanvragen om terugbetaling van de kosten voor verstrekkingen voorzien in de specifieke nomenclatuur moeten de aanvraagformulieren 521N-523N en 511N-513N gebruikt worden.

VAK 1	Identiteit (invullen in hoofdletters a.u.b.)
Naam (vrouwen: de meisjesnaam)	
Voornaam (officiële voornaam)	
Straat en nummer	
	Nr. Bus
Gemeente en postcode (vermeld voor Brussel de deelgemeente)	Postcode
Geboortedatum (dag, maand, jaar)	
Geslacht (passend vakje aankruisen)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Taalrol (Nederlands-Frans-Duits)	
Telefoonnummer (thuis)	
Identificatienummer Rijksregister (zie keerzijde identiteitskaart)	
VAK 2	Aard van de aanvraag
Ondergetekende wenst bij het Fonds in te dienen: (kruis het passende vakje aan)	
<input type="checkbox"/> een eerste aanvraag / een aanvraag na een beslissing van verwerping - kruis dit vakje aan indien u voor de eerste maal een aanvraag bij het Fonds indient of indien uw vorige aanvraag voor dezelfde ziekte verworpen werd. U vult dan het formulier volledig in. - kruis dit vakje aan indien u reeds een vergoeding voor een beroepsziekte van het Fonds ontvangt en u wenst een nieuwe eerste aanvraag voor een andere ziekte in te dienen. U vult ook dan het formulier volledig in.	
<input type="checkbox"/> een aanvraag om herziening van een reeds erkende beroepsziekte - kruis dit vakje aan indien u een aanvraag om herziening van een reeds vergoede beroepsziekte indient. U vult altijd de vakken 6 en 8 in. De vakken 3, 4, 5 en 7 vult u enkel in indien er zich wijzigingen hebben voorgedaan t.o.v. uw vorige aanvraag.	
VAK 3	Naam en adres van uw ziekenfonds of kleeftbriefje
Kleeft hier het briefje van uw ziekenfonds of vul volgende gegevens in:	
naam van uw ziekenfonds:	
het ziekenfondsnummer:	
uw inschrijvingsnummer:	

VAK 5		Beroepsrisico	
Bij welke werkgever(s) en gedurende welke periode(s) vermeld onder 4.1 en/of 4.2 zou u uw beroepsziekte opgedaan hebben? Geef uw beroep op en beschrijf nauwkeurig uw werkpost en werkomstandigheden.			
periode(s)	werkgever(s)	beschrijf de werkpost en -omstandigheden en vermeld ook de producten, toestellen, voertuigen enz. die u beroepsmatig gebruikt heeft.	
van ___ / ___ / ___ tot ___ / ___ / ___	..... .....	..... .....
van ___ / ___ / ___ tot ___ / ___ / ___	..... .....	..... .....
van ___ / ___ / ___ tot ___ / ___ / ___	..... .....	..... .....
van ___ / ___ / ___ tot ___ / ___ / ___	..... .....	..... .....
VAK 6		Sociale toestand	
6.1 Heeft u nog een werkgever?		(antwoord met ja of neen en ga naar vak 6.2)	
6.2 Ontvangt u één van volgende uitkeringen:		(antwoord met ja of neen)	(vul de periode of de begindatum ervan in)
- ziekte of invaliditeit (ziekenfonds of andere instelling)		.....	van ___ / ___ / ___ tot ___ / ___ / ___ van ___ / ___ / ___ tot ___ / ___ / ___ van ___ / ___ / ___ tot ___ / ___ / ___
- beroepsziekte die door een andere instelling dan het Fonds wordt uitgekeerd		.....	vanaf ___ / ___ / ___
- brugpensioen		.....	vanaf ___ / ___ / ___
- invaliditeit (mijnwerker)		.....	vanaf ___ / ___ / ___
- arbeidsongeval		.....	vanaf ___ / ___ / ___
- werkloosheid		.....	vanaf ___ / ___ / ___
6.3 Ontvangt u een rust- of overlevingspensioen? Indien ja, geef hiernaast		(antwoord met ja of neen; indien neen, ga naar vak 6.4)	
- de ingangsdatum		vanaf ___ / ___ / ___	
- de naam en het adres van de Belgische of buitenlandse instelling die u dit rust- of overlevingspensioen betaalt		..... .....
6.4 Heeft u een rust- of overlevingspensioen aangevraagd? Indien ja, geef hiernaast		(antwoord met ja of neen)	
- de vermoedelijke ingangsdatum		vanaf ___ / ___ / ___	
- de naam en het adres aan van de instelling die het rust- of overlevingspensioen zal betalen		..... .....

VAK 7	Vorming
<p><i>Kruis het hoogste studieniveau aan dat u gevolgd heeft en vermeld het jaar waarin u het getuigschrift of diploma behaald heeft.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Lager onderwijs beëindigd in het jaar _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lager secundair onderwijs beëindigd in het jaar _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hoger secundair onderwijs beëindigd in het jaar _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hoger technisch, hoger niet-universitair of universitair onderwijs beëindigd in het jaar _____</p> <p>Bijkomende opleiding</p> <p><input type="checkbox"/> Avondonderwijs beëindigd in het jaar _____ Indien ja, welke richting?</p> <p><input type="checkbox"/> Andere opleiding beëindigd in het jaar _____ Indien ja, welke?</p>	
VAK 8	Verklaring van de aanvrager
<p>Ik ondergetekende verzoek om schadeloosstelling wegens beroepsziekte.</p> <p>Ik bevestig op mijn eer dat deze verklaring oprecht en volledig is.</p> <p>Ik voeg bij deze aanvraag het formulier 503N, ingevuld door de geneesheer.</p> <p>Gedaan te</p> <p>_____/_____/_____ (datum)</p> <p>..... (handtekening)</p>	

De wet verwerking persoonsgegevens van 8 december 1992 is van toepassing op de verwerking van de gegevens verzameld aan de hand van bijgevoegde formulieren. Deze gegevens worden verzameld op grond van de beroepsziekteverzekering. Deze gegevens zullen worden verwerkt door en onder de verantwoordelijkheid van het Fonds voor de beroepsziekten, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brussel voor de toepassing van de sociale zekerheid, inzonderheid voor de schadeloosstelling van een beroepsziekte.

Als u wenst kennis te nemen van de gegevens over u of als u ze wenst te laten verbeteren kan u zich schriftelijk richten tot het centrum voor signaleerke gegevens bij het Fonds voor de beroepsziekten.

LIJST VAN DE BEROEPSZIEKTEN DIE AANLEIDING GEVEN TOT SCHADELOOSSTELLING

1.1	Beroepsziekten veroorzaakt door de volgende chemische agentia:	1.3	Beroepsziekten welke zijn ontstaan door het inademen van stoffen en agentia welke niet onder andere posten zijn opgenomen
1.101	Arsenicum of -verbindingen	1.301	Pneumoconiosen:
1.102	Beryllium of -verbindingen	1.301.11	Silicose
1.103.01	Koolmonoxyde	1.301.12	Silicose met longtuberculose
1.103.02	Koolstofoxychloride	2.301.01	Gravitose
1.103.03	Cyaanwaterstofzuur	1.301.21	Asbestose
1.103.04	Cyaniden	1.301.22	Asbestose met longtuberculose
1.103.05	Cyanogeenverbindingen	1.301.23	Asbestose met longkanker
1.104	Cadmium of -verbindingen	1.301.24	Pneumoconiosen veroorzaakt door stof van silicaten
1.105	Chroom of -verbindingen	1.302	Aandoeningen van de bronchiën en de longen veroorzaakt door stof of rook van aluminium of -verbindingen
1.106	Kwik of -verbindingen	1.303	Aandoeningen van de bronchiën veroorzaakt door stof van harde metalen
1.107	Mangaan of -verbindingen	1.304	Aandoeningen van de bronchiën en de longen veroorzaakt door stof van Thomasslakken
1.108.01	Salpeterzuur	1.305.01	Allergische ademhalingsstoornissen in het arbeidsmilieu veroorzaakt door de houtsoorten teak en kamballa
1.108.02	Stikstofoxyden	1.305.02	Farmosia
1.108.03	Ammoniak	1.305.03.01	Allergische ademhalingsstoornissen in het arbeidsmilieu door hout
1.109	Nikkel of -verbindingen	1.305.03.02	Allergische ademhalingsstoornissen in het arbeidsmilieu veroorzaakt door antibiotica
1.110	Fosfor of -verbindingen	1.305.04	Allergische ademhalingsstoornissen in het arbeidsmilieu veroorzaakt door proteolytische enzymen
1.111	Lood of -verbindingen	1.305.05.01	Extrinsieke allergische alveolitis
1.112.01	Zwaveloxyden	1.305.05.02	Siderose
1.112.02	Zwavelzuur	2.306.01	Kankerachtige aandoeningen van de bovenste luchtwegen veroorzaakt door houtstof
1.112.03	Zwavelwaterstof	2.306.02	Longziekten veroorzaakt door het inademen van stof van katoen, vlas, hennep, jute, sisal en bagasse
1.112.04	Zwavelkoolstof	9.307	Mesothelioom veroorzaakt door asbest
1.113	Thallium of -verbindingen	1.4	Infectieziekten en door parasieten verwekte ziekten welke verband houden met de uitoefening van bepaalde beroepen
1.114	Vanadium of -verbindingen	1.401	Wormziekten veroorzaakt door:
1.115.01	Chloor	1.401.01	Ankylostoma duodenale of Nesor ameriennus
1.115.02	- zijn anorganische verbindingen	1.402	Tropische beroepsziekten:
1.115.03	Broom	1.401.02	Anguillula intestinalis (Strongyloides stercoralis)
1.115.04	- zijn anorganische verbindingen	1.402.01	Malaria
1.115.05	Jodium	1.402.02	Amoebendysenterie
1.115.06	- zijn anorganische verbindingen	1.402.03	Slaapziekte
1.115.07	Fluor of -verbindingen	1.402.04	Knokkelkoorts (Dengue)
1.116	Alifatische of alicyclische koolwaterstoffen die bestanddelen zijn van petroleumether en benzine (Petroleumether en benzine zijn vloeibare petroleumdistillaten waarvan het kookpunt de 200 graden Celsius niet te boven gaat)	1.402.05	Pappatacikoorts
1.117	Halogeenderivaten van alifatische of alicyclische koolwaterstoffen	1.402.06	Mallakoorts
1.118.01	Alcoholen	1.402.07	Febris Recurrens
1.118.02	- hun halogeenderivaten	1.402.08	Gele koorts
1.118.03	Glycolen	1.402.09	Pest
1.118.04	- hun halogeenderivaten	1.402.10	Leishmaniose
1.118.05	Ethers	1.402.11	Framboesia
1.118.06	- hun halogeenderivaten	1.402.12	Lepra
1.118.07	Ketonen	1.402.13	Viektyphus
1.118.08	- hun halogeenderivaten	1.402.14	Andere Rickettsiosen
1.118.09	Organische esters	1.402.15	Bilharziose
1.118.10	- hun halogeenderivaten	1.402.16	Shigellose
1.119.01	Organische zuren	1.402.17	Filariose
1.119.02	Aldehyden	1.403.01	Infectieziekten of door parasieten veroorzaakte ziekten die op de mens worden overgezet door dieren of dierlijke overblijfselen
1.119.03	Methanal (formaldehyde)	1.403.02	Tetanus
1.119.04	- met inbegrip van de amidische derivaten	1.403.03	Hepatitis A van het personeel blootgesteld aan contact met afvalwater dat door faecaliën beoedeld is
1.120.01	Alifatische nitroderivaten	1.404.01	Tuberculose
1.120.02	Salpeterzuur esters		by leden van het personeel werkzaam op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, geneeskundige verzorging, verpleging aan huis, wetenschappelijk onderzoek en andere professionele activiteiten in verzorgingsinstellingen waar een verhoogd infectie risico bestaat
1.121.01	Benzeen of - zijn homologen (de homologen van benzeen worden bepaald door de formule: C _n H _{2n-6})	1.404.02	Virale hepatitis
1.121.02	- hun homologen (de naftaleenhomologen worden bepaald door de formule: C _n H _{2n-12})		by leden van het personeel werkzaam op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, geneeskundige verzorging, verpleging aan huis, wetenschappelijk onderzoek en andere professionele activiteiten in verzorgingsinstellingen waar een verhoogd infectie risico bestaat
1.121.03	Naftalenen of - hun homologen (de naftaleenhomologen worden bepaald door de formule: C _n H _{2n-12})	1.404.03	Andere infectieziekten
1.122	Halogeenderivaten van aromatische koolwaterstoffen		by de leden van het personeel dat werkzaam is op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, geneeskundige verzorging, verpleging aan huis of laboratoriumwerk en andere professionele activiteiten in verzorgingsinstellingen waar een verhoogd infectie risico bestaat
1.123.01	Fenolen of homologen of - hun halogeenderivaten	1.6	Door fysieke agentia veroorzaakte beroepsziekten
1.123.02	Thiofenolen of homologen of - hun halogeenderivaten	1.601	Ziekten veroorzaakt door ioniserende stralingen
1.123.03	Naftolen of homologen of - hun halogeenderivaten	1.602	Slaar veroorzaakt door warmtestralen
1.123.04	Halogeenderivaten van alkylaryloxyden	1.603	Hypocousie of doofheid ten gevolge van het lawaai
1.123.05	Halogeenderivaten van alkylarylsulfiden	1.604	Aandoeningen ten gevolge van compressie of decompressie van de omliggende atmosfeer
1.123.06	Benzochinon	1.605.01	Been- en gewrichtsziekten of angioneurotische ziekten veroorzaakt door vibrerende instrumenten
1.124.01	Aromatische aminen of aromatische hydrazinen of - hun halogeene-, fenol-, nitro-, nitroso- of sulfonderivaten	1.605.02	Aandoeningen van de pericardiale slijmbeurzen als gevolg van druk, onderhuidse cellulitis
1.125.01	Nitroderivaten van aromatische koolwaterstoffen	1.606.11	Aandoeningen door overmatige inspanning van peesvelden, van het weefsel van peesvelden en van inplantingen van spieren en pezen bij de schouwspelartiesten
1.125.02	Nitroderivaten van fenolen of hun homologen	1.606.21	Afscheuring door overmatige inspanning van doornvormige beentuitstekfels
1.130	Zink en -verbindingen	1.606.41	Zenuwverlamming door druk
1.131	Platina en -verbindingen	1.607	Mijnwerkersnystagmus
1.132	Alifatische koolwaterstoffen niet bedoeld onder 1.116		
1.137	Alifatische aminen		
9.108.01	Vinylbenzeen (styreen)		
9.101	Terenen		
9.102	Kobalt of verbindingen van kobalt		
1.2	Beroepshuidziekten veroorzaakt door stoffen en agentia die niet onder andere posten zijn opgenomen		
1.201	Huidaandoeningen en huidkanker veroorzaakt door:		
1.201.01	Roel		
1.201.02	Teer		
1.201.03	Bitumen		
1.201.04	Pek		
1.201.05	Anthraceen of -verbindingen		
1.201.06	Minerale oliën		
1.201.07	Ruwe paraffine of de verbindingen van de paraffine		
9.201.08	Carbazol of -verbindingen		
9.201.09	Bijproducten van de stienkooldestillatie		
1.202	Huidaandoeningen in het arbeidsmilieu veroorzaakt door stoffen welke niet onder andere posten werden opgenomen		

FONDS VOOR DE BEROEPSZIEKTENSterrenkudelaan 1
1210 BRUSSEL

Tel. 02/226.62.11

Fax 02/219.19.33

503N

MEDISCH GETUIGSCHRIFT TE VOEGEN BIJ DE AANVRAAG OM SCHADELOOSSTELLING VOOR EEN BEROEPSZIEKTE (*)
Beroepsziektewetgeving voor de privé-sector

(*) Voor de volgende aanvragen bestaan er specifieke aanvraagformulieren :

- o de aanvraag om tijdelijke verwijdering uit het schadelijk midden van een zwangere werkbienster (S21N-S23N)
- o de aanvraag om terugbetaling van de kosten voor verstrekkingen voorzien in de specifieke nomenclatuur (vaccins, individuele beschermingsmiddelen,...) (S11N-S13N)

Ondergetekende....., dokter in de geneeskunde, verklaart de persoon waarvan de identiteit vermeld wordt in vak 1 onderzocht te hebben

VAK 1	Identiteit (invullen in hoofdletters a.u.b.)
Naam (voor vrouwen: de meisjesnaam)	
Voornaam (officiële voornaam)	
Straat en nummer (evt. busnummer)	
Postcode en gemeente	
Geboortedatum (dag, maand, jaar)	

VAK 2 Richtlijn voor de geneesheer

1. Voor elke aanvraag om schadeloosstelling eist het Fonds dat dit document volledig ingevuld en ondertekend wordt. Elke onvolledige aanvraag (het aanvraagformulier werd slecht ingevuld of de onontbeerlijke medische stukken ontbreken) vertraagt de afhandeling van het dossier.
2. Indien de aanvraag meerdere pathologieën behelst, moet één getuigschrift per ziekte ingevuld worden.
3. Onderhavig getuigschrift moet in elk geval aangevuld worden met de medische stukken die toelieten de diagnose te stellen en de ziekte te staven:

- o in geval van *pneumaconiose*: opname en protocol van een standaardradiografie van de thorax; voor de ziekten veroorzaakt door *asbest*: opnamen en protocol van een tomodynamometrie (CT-SCAN) van de thorax, fijne en dikke coupes
- o in geval van *bronchiaal astma*: verslag van de pneumoloog, tracé van de longfunctieproeven, specifieke bronchiale provocatietesten, bloedonderzoek (RAST, ..)
- o in geval van *infectieuze hepatitis*: laboratoriumresultaten (serologie + enzymen)
- o in geval van *allergische dermatose*: resultaten van de huidtesten
- o in geval van *intoxicatie*: resultaten van de biologische en toxicologische onderzoeken
- o in geval van *hypoacousie*: tonaal audiogram van beide oren
- o in geval van *artrose*: radiografieën van de gewrichten of van de betrokken anatomische localisatie (opnamen en protocollen)
- o in geval van *tendinitis*: verslag van de specialist, echografie (opname en protocol)
- o in geval van *carpale tunnel-syndroom*: verslag van de specialist, electromyografie, verslag van de heelkundige ingreep

Deze lijst is niet limitatief.

VAK 3		Aard van de aanvraag	
De in vak 1 vermelde persoon wenst volgende aanvraag in te dienen (<i>kruis het passende vakje aan</i>)			
<input type="checkbox"/> een eerste aanvraag of een aanvraag na verwerping. <i>(vervolledig, rubriek A, getiteld eerste aanvraag of aanvraag na verwerping)</i>			
<input type="checkbox"/> een aanvraag om herziening van een reeds erkende beroepsziekte. <i>(vervolledig rubriek B, getiteld aanvraag om herziening)</i>			
Rubriek A		Eerste aanvraag of aanvraag na verwerping	
Duidelijke diagnose van de ziekte	.....	
Anamnese en klinisch onderzoek	..... ..... .....	
Opgave van de medische stukken die toelieten om de diagnose van de ziekte te stellen en die bij de aanvraag moeten gevoegd worden (<i>zie de richtlijn voor de geneesheer, vak 2</i>)	..... ..... .....	
Datum van de eerste medische vaststelling van de beroepsziekte	-- / -- / --		
Periodes van arbeidsongeschiktheid ingevolge de beroepsziekte	van -- / -- / -- tot -- / -- / -- van -- / -- / -- tot -- / -- / -- van -- / -- / -- tot -- / -- / --		
Activiteit of agens dat vermoedelijk de beroepsziekte veroorzaakte	..... .....	
Gedetailleerde beschrijving van de oorzakelijke beroepsactiviteit	..... ..... .....	
Is de patiënt nog steeds blootgesteld aan dit risico?	(antwoord met ja of neen)	indien neen, vanaf -- / -- / --	
Moet de patiënt verwijderd worden uit dit risico?	(antwoord met ja of neen)	(indien ja, vul ook rubriek D in)	
Heeft de patiënt wegens zijn beroepsziekte de geregelde hulp van een andere persoon nodig?	(antwoord met ja of neen)	(indien ja, vul ook rubriek C in)	
Meent u dat het hier een ziekte betreft die voorkomt op de Belgische lijst der erkende beroepsziekten? (<i>zie bijlage</i>)	(antwoord met ja of neen)		
Indien u van oordeel is dat het een ziekte betreft die niet op de Belgische lijst van de beroepsziekten (<i>zie bijlage</i>) voorkomt, lever dan het bewijs dat deze ziekte haar determinerende en rechtstreekse oorzaak vindt in de beroepsuitoefening (wetenschappelijke publicaties enz.)	Opgave van de bijgevoegde bewijsstukken:		

Rubriek B		Aanvraag om herziening	
Duidelijke diagnose van de ziekte die reeds vergoed wordt	.....	
Bewijs van de verergering van de ziekte; nieuwe gegevens in de anamnese en in het klinisch onderzoek	.....	
Opgave van de medische stukken die de verergering aantonen (bij de aanvraag voegen)	.....	
Periodes van arbeidsongeschiktheid ingevolge de beroepsziekte	van ___ / ___ / ___ tot ___ / ___ / ___ van ___ / ___ / ___ tot ___ / ___ / ___		
Is de patiënt nog steeds blootgesteld aan het risico van de beroepsziekte?	(antwoord met ja of neen)	indien neen, vanaf ___ / ___ / ___	
Moet de patiënt verwijderd worden uit het risico van de beroepsziekte?	(antwoord met ja of neen)	(indien ja, vul ook rubriek D in)	
Heeft de patiënt wegens zijn beroepsziekte de geregelde hulp van een andere persoon nodig?	(antwoord met ja of neen)	(indien ja, vul ook rubriek C in)	
Rubriek C		Aanvraag om de geregelde hulp van een andere persoon	
		(antwoord met ja of neen)	
1. Kan patiënt zich alleen	- buitenshuis verplaatsen?		
	- binnenshuis verplaatsen?		
2. Is patiënt bedlegerig?			
3. Is patiënt door zijn beroepsziekte niet in staat om	- alleen zijn eten klaar te maken?		
	- zich alleen te voeden?		
4. Kan patiënt	- alleen zijn woonst onderhouden?		
	- zich volledig alleen wassen?		
	- zich wassen met gedeeltelijke hulp van een derde?		
	- zich niet wassen zonder volledige hulp van een derde?		
	- zonder enige hulp zijn behoefte doen?		
Moet patiënt	- voortdurend onder toezicht blijven?		
	- intermitterend onder toezicht blijven?		
5. Is er een andere aandoening die patiënt afhankelijk maakt van derden? Zo ja, welke?	.....	
6. Is patiënt gehospitaliseerd? Zo ja, sedert wanneer en voor welke pathologie? (voeg het hospitalisatieverslag bij)	vanaf ___ / ___ / ___ pathologie:		
7. Werd patiënt gedurende het laatste jaar gehospitaliseerd? Zo ja, gedurende hoeveel maanden en voor welke pathologie? (voeg de hospitalisatieverslagen bij)	maand:..... pathologie:.....		
8. Is de behoefte aan hulp van een andere persoon definitief? Indien neen, geschatte duur? (vanaf de aanvraag)	duur:		

Rubriek D	Aanvraag om verwijdering uit het risico van beroepsziekte (met uitzondering van de verwijdering wegens zwangerschap waarvoor een specifiek formulier S21N-S23N bestaat)
Arbeidsgeneeskundige dienst	
Naam en adres van de bedrijfsgeneesheer of van de interbedrijfsgeneeskundige dienst	...............
Gegevens omtrent het risico waaruit de aanvrager zou moeten verwijderd worden	
Uit welk beroepsrisico moet de bedoelde persoon verwijderd worden?	..... .....
Gegevens omtrent de verwijdering	
Medische redenen die de gegrondheid van de verwijdering staven (redenen die de vatbaarheid voor, de bedreiging of de aantasting door een beroepsziekte staven)	..... ..... .....
Opgave van de bijgevoegde medische stukken die de verwijdering staven (b.v. audiogram, laboresultaten..)	..... .....
Aard van de voorgestelde verwijdering	(antwoord met tijdelijk of blijvend)
Wijze waarop de verwijdering gebeurde of zal gebeuren	
<ul style="list-style-type: none"> - door mutatie naar een arbeidspost buiten het risico - zo ja, <li style="padding-left: 20px;">- datum van de postenmutatie <li style="padding-left: 20px;">- aard van de nieuwe arbeidspost 	(antwoord met ja of neen) ____/____/____
<ul style="list-style-type: none"> - door werkstopzetting - zo ja, <li style="padding-left: 20px;">- datum van de laatste effectieve werkdag <li style="padding-left: 20px;">- ingangsdatum van de verwijdering - voorgestelde duur 	(antwoord met ja of neen) ____/____/____ ____/____/____ van ____/____/____ tot ____/____/____
.....	
(naam en volledig adres van de geneesheer)	____/____/____ (datum)
(stempel van de geneesheer)	(handtekening)

FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Avenue de l'Astronomie 1
1210 BRUXELLES Tél.02/226.62.11 Fax 02/219.19.33

501F

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REPARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE (*)
 Législation relative aux maladies professionnelles du secteur privé

(*) Formulaire à utiliser pour une demande générale. Pour les demandes d'écartement du milieu nocif d'une travailleuse enceinte et pour les demandes de remboursement des frais de soins de santé prévus dans la nomenclature spécifique, les formulaires 521F-523F et 511F-513F doivent être utilisés.

CASE 1 Identité (à compléter en majuscules s.v.p.)

Nom (pour les femmes: nom de jeune fille)

Prénom (prénom officiel)

Rue et numéro

N°

Bte

Code postal et commune
(pour Bruxelles précisez la commune)

Code postal

Date de naissance (jour, mois, année)

Sexe (cochez la case indiquée)

 M FRôle linguistique
(français - néerlandais - allemand)

Numéro de téléphone (du domicile)

N° d'identification au Registre national (figure au verso de votre carte d'identité)

CASE 2 Nature de la demande

Le(a) soussigné(e) souhaite introduire auprès du Fonds des maladies professionnelles: (cochez la case indiquée)

- une première demande / une demande après décision de rejet
- cochez ce carré si vous introduisez pour la première fois une demande au Fonds ou si votre demande antérieure pour la même maladie a été rejetée. Complétez le formulaire.
 - cochez ce carré si vous bénéficiez déjà d'une indemnité versée par le Fonds et souhaitez introduire une première demande pour une autre maladie. Complétez le formulaire.
- une demande de révision d'une maladie professionnelle déjà reconnue
- cochez ce carré si vous introduisez une demande de révision de l'indemnité dont vous bénéficiez déjà. Les cases 6 et 8 doivent être obligatoirement complétées. Les cases 3, 4, 5 et 7 ne doivent être complétées qu'en cas de modifications depuis votre demande antérieure.

CASE 3 Nom et adresse de votre mutualité ou vignette

Collez ici la vignette de votre mutualité ou indiquez les renseignements suivants:

nom de votre mutualité:.....
 le numéro de votre mutualité:.....
 votre numéro d'affiliation:.....

CASE 5		Risque professionnel	
<p>Veillez indiquer la(es) période(s) et l'(es) employeur(s), mentionné(s) au point 4.1 et/ou 4.2, chez qui votre maladie aurait été contractée. Mentionnez votre métier, donnez une description détaillée de votre poste de travail et de votre activité professionnelle.</p>			
période(s)	employeur(s)	description détaillée du poste de travail et de l'activité professionnelle; indication des produits, machines, véhicules etc. utilisés pendant l'occupation professionnelle.	
du ___/___/___	
au ___/___/___	
du ___/___/___	
au ___/___/___	
du ___/___/___	
au ___/___/___	
du ___/___/___	
au ___/___/___	
CASE 6		Situation sociale	
6.1 Avez-vous toujours un employeur?		<i>(répondez par oui ou non - passez toujours à la case 6.2)</i>	
6.2 Percevez-vous une des prestations suivantes?		<i>(répondez par oui ou non)</i>	<i>(si oui, indiquez la période ou la date de début)</i>
- maladie ou invalidité <i>(mutualité ou autre organisme)</i>		.....	du ___/___/___ au ___/___/___ du ___/___/___ au ___/___/___ du ___/___/___ au ___/___/___
- maladie professionnelle payée par un autre organisme que le Fonds		.....	à partir du ___/___/___
- prépension		.....	à partir du ___/___/___
- invalidité (mineur)		.....	à partir du ___/___/___
- accident du travail		.....	à partir du ___/___/___
- chômage		.....	à partir du ___/___/___
6.3 Percevez-vous une pension de retraite ou de survie? <i>Si oui, mentionnez</i>		<i>(répondez par oui ou non, si non passez à la case 6.4)</i>	
- la date de prise de cours		à partir du ___/___/___	
- le nom et l'adresse de l'organisme belge ou étranger qui paie la pension de retraite ou de survie		.....
6.4 Avez-vous demandé une pension de retraite? <i>Si oui, mentionnez</i>		<i>(répondez par oui ou non)</i>	
- la date présumée de prise de cours		à partir du ___/___/___	
- le nom et l'adresse de l'organisme qui paiera la pension de retraite ou de survie		.....

CASE 7	Formation
<p><i>Cochez le niveau d'études le plus élevé et mentionnez l'année de l'obtention du certificat ou du diplôme.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement primaire terminé en _____</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement secondaire inférieur terminé en _____</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement secondaire supérieur terminé en _____</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement technique supérieur, supérieur non-universitaire ou universitaire terminé en _____</p> <p>Formation complémentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Cours du soir terminés en _____ Si oui, quel type d'enseignement?</p> <p><input type="checkbox"/> Autre formation terminée en _____ Si oui, quel type d'enseignement?</p>	

CASE 8	Déclaration du demandeur
<p>Je soussigné(e) demande une réparation pour une maladie professionnelle.</p> <p>Je confirme sur l'honneur que la présente déclaration est complète et véritable.</p> <p>Je joins à cette demande une attestation médicale 503F, complétée par le médecin.</p> <p>Fait à</p> <p>_____/_____/_____ (date)</p> <p>..... (signature)</p>	

La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel s'applique au traitement de données recueillies sur base du présent formulaire. Les données sont recueillies sur base de la législation relative à l'assurance maladies professionnelles. Ces données sont traitées par et sous la responsabilité du Fonds des maladies professionnelles, avenue de l'Astronomie, 1 à 1210 Bruxelles pour l'application de la sécurité sociale, en particulier pour la réparation d'une maladie professionnelle.

Si vous souhaitez prendre connaissance des données vous concernant ou si vous souhaitez les faire rectifier, veuillez vous adresser par écrit au Centre des données signalétique du Fonds des maladies professionnelles.

LISTE DES MALADIES PROFESSIONNELLES DONNANT LIEU A REPARATION

1.1	Maladies professionnelles provoquées par les agents chimiques suivants	1.3	Maladies professionnelles provoquées par l'inhalation de substances et agents non compris sous d'autres positions
1.101	Arsenic ou ses composés	1.301	Pneumoconioses:
1.102	Beryllium (glucinium) ou ses composés	1.301.11	Silicose
1.103.01	Oxyde de carbone	1.301.12	Silicose associée à la tuberculose pulmonaire
1.103.02	Oxychlorure de carbone	2.301.01	Graphitose
1.103.03	Acide cyanhydrique	1.301.21	Asbestose
1.103.04	Cyanures	1.301.22	Asbestose associée à la tuberculose pulmonaire
1.103.05	Composés du cyanogène	1.301.23	Asbestose associée à un cancer du poumon
1.104	Cadmium ou ses composés	1.301.24	Pneumoconioses dues aux poussières de silicates
1.105	Chrome ou ses composés	1.302	Affections broncho-pulmonaires dues aux poussières ou fumées d'aluminium ou de ses composés
1.106	Mercurure ou ses composés	1.303	Affections broncho-pulmonaires dues aux poussières de métaux durs
1.107	Manganèse ou ses composés	1.304	Affections broncho-pulmonaires causées par les poussières de scories Thomas
1.108.01	Acide nitrique	1.305.01	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par les bois de teak et de kamballa
1.108.02	Oxydes d'azote	1.305.02	Farinose
1.108.03	Ammoniac	1.305.03.01	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par le bois
1.109	Nickel ou ses composés	1.305.03.02	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par les antibiotiques
1.110	Phosphore ou ses composés	1.305.04	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par les enzymes protéolytiques
1.111	Plomb ou ses composés	1.305.05.01	Alvéolite allergique extrinsèque
1.112.01	Oxydes de soufre	1.305.05.02	Siderose
1.112.02	Acide sulfurique	2.306.01	Affections cancéreuses des voies respiratoires supérieures provoquées par les poussières de bois
1.112.03	Hydrogène sulfuré	2.306.02	Maladies pulmonaires provoquées par l'inhalation de poussières de coton, de lin, de chanvre, de jute, de sisal et de bagasse
1.112.04	Sulfure de carbone	9.307	Mésotéliome provoqué par l'amiante
1.113	Thallium ou ses composés	1.4	Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires
1.114	Vanadium ou ses composés	1.401	Maladies parasitaires:
1.115.01	Chlore	1.401.01	Ankylostomose
1.115.02	ses composés inorganiques	1.401.02	Angiulose de l'intestin (<i>Strongyloides stercoralis</i>)
1.115.03	Brome	1.402	Maladies tropicales:
1.115.04	ses composés inorganiques	1.402.01	Paludisme
1.115.05	Iode	1.402.02	Amibiase
1.115.06	ses composés inorganiques	1.402.03	Trypanosomiase
1.115.07	Fluor ou ses composés	1.402.04	Dengue
1.116	Hydrocarbures aliphatiques ou alicycliques constituants de l'éther de pétrole et de l'essence (l'éther de pétrole et l'essence sont des distillats liquides du pétrole et dont le point d'ébullition est inférieur ou égal à 200 degrés centigrades)	1.402.05	Fièvre à pappatoci
1.117	Dérivés halogénés des hydrocarbures aliphatiques ou alicycliques	1.402.06	Fièvre de Malte
1.118.01	Alcools	1.402.07	Fièvre récurrente
1.118.02	leurs dérivés halogénés	1.402.08	Fièvre jaune
1.118.03	Glycols	1.402.09	Peste
1.118.04	leurs dérivés halogénés	1.402.10	Leishmaniose
1.118.05	Ethers	1.402.11	Pian
1.118.06	leurs dérivés halogénés	1.402.12	Lèpre
1.118.07	Cétones	1.402.13	Typhus exanthématique
1.118.08	leurs dérivés halogénés	1.402.14	Autres rickettsioses
1.118.09	Esters organiques	1.402.15	Bilharziose
1.118.10	leurs dérivés halogénés	1.402.16	Shigellose
1.119.01	Acides organiques	1.402.17	Filariose
1.119.02	Aldéhydes	1.403.01	Maladies infectieuses ou parasitaires transmises à l'homme par des animaux ou débris d'animaux
1.119.02.1	Méthanal (formaldéhyde)	1.403.02	Tétanos
1.119.03	y compris leurs dérivés amidiques	1.403.03	Hépatite A du personnel exposé au contact avec des eaux usées contaminées par des matières fécales
1.120.01	Nitrodérivés aliphatiques	1.404.01	Tuberculose chez le personnel s'occupant de prévention, soins, assistance à domicile, recherches et autres activités professionnelles dans des institutions de soins où un risque accru d'infection existe
1.120.02	Esters de l'acide nitrique	1.404.02	Hépatite virale chez le personnel s'occupant de prévention, soins, assistance à domicile, recherches et autres activités professionnelles dans des institutions de soins où un risque accru d'infection existe
1.121.01	Benzène ou ses homologues (les homologues du benzène sont définis par la formule: C _n H _{2n-6})	1.404.03	Autres maladies infectieuses du personnel s'occupant de prévention, soins, assistance à domicile ou travaux de laboratoire et autres activités professionnelles dans des institutions de soins où un risque accru d'infection existe
1.121.03	Naphtalènes ou leurs homologues (les homologues de naphtalène sont définis par la formule: C _n H _{2n-12})	1.6	Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques
1.122	Dérivés halogénés des hydrocarbures aromatiques	1.601	Maladies provoquées par les radiations ionisantes
1.123.01	Phénols ou homologues ou leurs dérivés halogénés	1.602	Cataracte provoquée par le rayonnement thermique
1.123.02	Thiophénols ou homologues ou leurs dérivés halogénés	1.603	Hypocousie ou surdité provoquée par le bruit
1.123.03	Naphtols ou homologues ou leurs dérivés halogénés	1.604	Affections provoquées par la compression ou la décompression atmosphérique
1.123.04	Naphtols ou homologues ou leurs dérivés halogénés	1.605.01	Maladies ostéo-articulaires ou
1.123.05	Dérivés halogénés des alkylaryloxydes	1.605.02	Angio-neurotiques provoquées par les vibrations mécaniques
1.123.06	Dérivés halogénés des alkylarylsulfures	1.606.11	Maladies des bourses péri-articulaires dues à des pressions, cellulites sous-cutanées
1.123.07	Benzoquinone	1.606.21	Maladies dues au surmenage des gaines tendineuses, du tissu péri-tendineux, des insertions musculaires et tendineuses chez les artistes du spectacle
1.124.01	Amines aromatiques ou hydrazines aromatiques ou leurs dérivés halogénés, phénoliques, nitrosés, nitrés ou sulfonés	1.606.41	Arrachement par surmenage des apophyses épineuses
1.124.02	Nitrodérivés des hydrocarbures aromatiques	1.606.51	Paralysies des nerfs dues à la pression
1.125.01	Nitrodérivés des phénols ou de leurs homologues	1.607	Nystagmus des mineurs
1.130	Zinc et composés		
1.132	Platine et composés		
2.107	Hydrocarbures aliphatiques autres que ceux visés sous 1.116		
2.108.01	Amines aliphatiques		
2.110.01	Vinylbenzène (styrène)		
9.101	Terpènes		
9.102	Cobalt ou composés du cobalt		
1.2	Maladies professionnelles de la peau causées par des substances et agents non compris sous d'autres positions		
1.201	Affections cutanées et cancers cutanés dus:		
1.201.01	à la suite		
1.201.02	au goudron		
1.201.03	au bitume		
1.201.04	au brai		
1.201.05	à l'anthracène ou ses composés		
1.201.06	aux huiles minérales		
1.201.07	à la paraffine brute ou aux composés de la paraffine		
9.201.08	au carbazol ou ses composés		
9.201.09	aux sous-produits de la distillation de la houille		
1.202	Affections cutanées provoquées dans le milieu professionnel par des substances non considérées sous d'autres positions		

FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES			
Avenue de l'Astronomie 1			503F
1210 BRUXELLES	Tél. 02/226.62.11	Fax 02/219.19.33	

ATTESTATION MEDICALE A JOINDRE A LA DEMANDE DE REPARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE (*)
 Législation relative aux maladies professionnelles du secteur privé

(*) Des formulaires spécifiques sont disponibles pour les demandés ci-après:
 o demande d'écartement temporaire du risque de maladie professionnelle en raison d'une grossesse (521N-523N)
 o demande de remboursement des frais de prestations de soins de santé relevant de la nomenclature spécifique (vaccins, moyens de protection individuelle,...)(511N-513N)

Le soussigné,, docteur en médecine, déclare avoir examiné la personne dont l'identité est reprise dans la case 1

CASE 1	Identité (complétez en majuscules s.v.p.)
Nom (pour les femmes: nom de jeune fille)	
Prénom (prénom officiel)	
Rue et numéro (évt. n° de boîte postale)	
Code postal et commune	
Date de naissance (jour, mois, année)	

CASE 2	Note au médecin
<p>1. Ce document dûment complété est exigé par le Fonds des maladies professionnelles pour toute demande en réparation. Toute demande incomplète (formulaire de demande mal rempli ou pièces médicales indispensables manquantes) ralentira le traitement du dossier.</p> <p>2. En cas de demande pour plusieurs pathologies, il est nécessaire de remplir une attestation par maladie.</p> <p>3. Ce document doit être accompagné des preuves médicales qui ont permis de poser le diagnostic et d'objectiver la maladie:</p> <ul style="list-style-type: none"> o en cas de <i>pneumoconiose</i>: cliché et protocole d'une radiographie standard du thorax; pour les <i>maladies de l'amiante</i>: clichés et protocole d'une tomographie assistée par ordinateur (CT-SCAN) du thorax en coupes fines et épaisses o en cas d'<i>asthme bronchique</i> rapport du pneumologue, tracé des épreuves fonctionnelles respiratoires, test d'hyperréactivité bronchique aspécifique, examens sanguins (RAST,...) o en cas d'<i>hépatite infectieuse</i> résultats de laboratoire (sérologie + enzymologie) o en cas de <i>dermatose allergique</i> résultats des tests cutanés o en cas d'<i>intoxication</i> résultats des examens biologiques et toxicologiques o en cas d'<i>hypoacousie</i> audiogramme tonal des deux oreilles o en cas d'<i>arthrose</i> clichés et protocoles de radiographies de l'articulation ou de la région anatomique concernée o en cas de <i>tendinite</i> rapport du spécialiste, échographie (clichés et protocole) o en cas de <i>syndrome du canal carpien</i> rapport du spécialiste, électromyographie, protocole d'intervention chirurgicale <p><i>Cette liste n'est pas limitative.</i></p>	

A (septembre 1996)

CASE 3		Nature de la demande	
La personne dont l'identité est reprise à la case 1 souhaite introduire (cochez la case indiquée)			
<input type="checkbox"/> une première demande de réparation ou une demande après rejet. (complétez la rubrique A, intitulée première demande ou demande après rejet)			
<input type="checkbox"/> une demande de révision d'une maladie professionnelle déjà reconnue. (complétez la rubrique B, intitulée demande de révision)			
Rubrique A		Première demande ou demande après rejet	
Diagnostic précis de la maladie	.....	
Anamnèse et examen clinique	..... ..... .....	
Relevé des documents objectifs qui ont permis d'établir le diagnostic de la maladie et qui doivent être joints à la demande (voir note au médecin, case 2)	..... ..... .....	
Date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle	_ / _ / _ _		
Période(s) d'incapacité de travail pour la maladie professionnelle	du _ / _ / _ _ au _ / _ / _ _ du _ / _ / _ _ au _ / _ / _ _ du _ / _ / _ _ au _ / _ / _ _		
Activité ou agent présumé être la cause de la maladie professionnelle	.....	
Description détaillée de l'activité professionnelle incriminée	..... ..... .....	
Le patient est-il encore exposé à ce risque?	(répondez par oui ou non)	si non, depuis le _ / _ / _ _	
Le patient doit-il être écarté de ce risque?	(répondez par oui ou non)	(si oui, remplissez aussi la rubrique D)	
Le patient a-t-il besoin de l'assistance d'une autre personne en raison de sa maladie professionnelle?	(répondez par oui ou non)	(si oui, remplissez aussi la rubrique C)	
Estimez-vous qu'il s'agit dans ce cas d'une maladie figurant sur la liste belge des maladies professionnelles? (voir annexe)	(répondez par oui ou non)		
Si vous estimez qu'il s'agit d'une maladie hors liste (c'est à dire ne figurant pas sur la liste belge des maladies professionnelles), (voir annexe) veuillez fournir la preuve que cette maladie trouve sa cause déterminante et directe dans l'exercice de la profession (publications scientifiques etc..)	Relevé des preuves apportées:		

Rubrique B		Demande de révision	
Diagnostic précis de la maladie déjà indemnisée	.....	
Preuve de l'aggravation de la maladie, nouveaux éléments anamnestiques et cliniques	.....	
Relevé des pièces médicales objectivant l'aggravation (à joindre à la demande)	.....	
Période(s) d'incapacité de travail pour la maladie professionnelle	du ___/___/___ au ___/___/___ du ___/___/___ au ___/___/___		
Le patient est-il encore exposé au risque de la maladie professionnelle?	(répondez par oui ou non)	si non, depuis le ___/___/___	
Le patient doit-il être écarté du risque de la maladie professionnelle?	(répondez par oui ou non)	(si oui, remplissez aussi la rubrique D)	
Le patient a-t-il besoin de l'assistance d'une autre personne en raison de la maladie professionnelle?	(répondez par oui ou non)	(si oui, remplissez aussi la rubrique C)	
Rubrique C		Demande d'assistance d'une autre personne	
		(répondez par oui ou non)	
1. Le patient peut-il se mouvoir seul	- à l'extérieur de son domicile? - à l'intérieur de son domicile?		
2. Le patient est-il grabataire?			
3. Le patient est-il incapable, en raison de sa maladie professionnelle	- de préparer seul sa nourriture? - de prendre seul sa nourriture?		
4. Le patient	- peut-il entretenir son habitat? - peut-il se laver complètement seul? - a-t-il besoin d'une aide partielle pour se laver? - doit-il être entièrement aidé pour se laver? - peut-il s'exonérer sans aide? - doit-il rester sous surveillance constante? - doit-il rester sous surveillance intermittente?		
5. Y a-t-il une autre affection qui joue un rôle dans la dépendance d'un tiers?			
Si oui, la ou lesquelles?		.....
6. L'intéressé est-il hospitalisé?			
Si oui, depuis quelle date et pour quelle pathologie? (veuillez fournir le rapport d'hospitalisation)		à partir du ___/___/___ pathologie:.....	
7. L'intéressé a-t-il été hospitalisé au cours de la dernière année?			
Si oui, combien de mois et pour quelle pathologie? (veuillez fournir les rapports d'hospitalisation)		mois:..... pathologie:.....	
8. Le besoin d'assistance d'une autre personne est-il définitif?			
Si non, durée estimée? (à partir de la demande)		durée:.....	

Rubrique D	Demande d'écartement du risque de maladie professionnelle (à l'exception du risque en raison d'une grossesse pour lequel il existe un formulaire spécifique 521F-523F)
Service de médecine de travail	
Nom et adresse du médecin d'entreprise ou du service de médecine interentreprise	...............
Données concernant le risque duquel le demandeur devrait être écarté	
De quel risque de maladie professionnelle la personne intéressée doit-elle être écartée?	..... ..... .....
Données concernant l'écartement	
Motifs médicaux à l'appui du bien-fondé de la demande (<i>motifs qui démontrent la prédisposition à, la menace ou l'atteinte par une maladie professionnelle</i>)	..... ..... ..... .....
Relevé des pièces médicales jointes à l'appui de l'écartement (<i>par ex. audiogramme, résultats de laboratoire ..</i>)	..... ..... .....
Nature de l'écartement proposé	(répondez par temporaire ou permanent)
Manière dont l'écartement a été ou sera opéré	
- par mutation à un poste de travail qui ne comporte pas le risque - si oui, - date de mutation de poste - nature du nouveau poste de travail	(répondez par oui ou non) -- / -- / --
- par cessation de l'activité - si oui, - date du dernier jour de travail effectif - date de début de l'écartement - durée proposée	(répondez par oui ou non) -- / -- / -- -- / -- / -- du -- / -- / -- au -- / -- / --
..... (nom et adresse complète du médecin)	..... ..... ..... (date)
..... (cachet du médecin)	..... ..... (signature)

FONDS FÜR BERUFSKRANKHEITEN

Sterrenkudelaan 1
1210 BRÜSSEL

Tel. 02/226.62.11

Fax 02/219.19.33

501D

ANTRAGSFORMULAR FÜR SCHADENERSATZ IM FALLE EINER BERUFSKRANKHEIT(*)
Berufskrankheitsgesetzgebung für den Privatsektor

(*) Dieses Formular für einen allgemeinen Antrag benutzen. Für Anträge auf Beihilfe wegen der Entfernung einer schwangeren Arbeitnehmerin aus einer gesundheitsschädlichen Umgebung und für Anträge auf Erstattung der Kosten für medizinische Behandlungen, die in der spezifischen Nomenklatur vorgesehen sind, sind die Antragsformulare 521D-523D und 511D-513D zu verwenden.

FACH 1 Identität (bitte in Blockschrift ausfüllen!)

Name (für Frauen: der Mädchename)	
Vorname (offizieller Vorname)	
Straße und Hausnummer	
	Nr. Briefkasten
Gemeinde und Postleitzahl (für Brüssel die Teilgemeinde erwählen)	Postleitzahl
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	
Geschlecht (das entsprechende Fach ankreuzen)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Sprache (Deutsch - Niederländisch - Französisch)	
Telefonnummer (zu Hause)	
Kennummer im Nationalregister (siehe Rückseite Ihres Personalausweises)	

FACH 2 Art des Antrags

Unterzeichneter möchte beim Fonds einreichen: (das entsprechende Fach ankreuzen)

- einen ersten Antrag / einen Antrag nach einer Ablehnungsentscheidung
 - kreuzen Sie dieses Fach an, falls Sie zum erstenmal einen Antrag beim Fonds einreichen oder falls Ihr voriger Antrag für dieselbe Krankheit abgelehnt worden ist. Füllen Sie dann das Formular vollständig aus.
 - kreuzen Sie dieses Fach an, falls Sie schon eine Akte beim Fonds haben und eine Entschädigung beziehen, aber einen neuen Erstantrag für eine andere Krankheit einreichen möchten. Füllen Sie dann auch das Formular vollständig aus.
- einen Antrag auf erneute Überprüfung einer bereits anerkannten Berufskrankheit
 - kreuzen Sie dieses Fach an, falls Sie einen Antrag auf Neufestlegung der von Ihnen bereits bezogenen Entschädigung einreichen. Füllen Sie dann immer die Fächer 6 en 8 aus. Die Fächer 3, 4, 5 und 7 füllen Sie nur aus wenn es bezüglich Ihres früheren Antrages Änderungen gibt.

FACH 3 Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse oder Aufkleber

Kleben Sie hier einen Aufkleber Ihrer Krankenkasse, oder tragen Sie folgenden Angaben ein:

Name Ihrer Krankenkasse:

Die Krankenkassennummer:

Ihre Einschreibungsnummer:

A (September 1996)

FACH 5		Berufsrisiko	
<p>Bei welchem(n) Arbeitgeber(n) und während welcher der unter 4.1 und/oder 4.2 angegebenen Periode(n) wollen Sie sich Ihre Berufskrankheit zugezogen haben? Geben Sie Ihren Beruf an, und beschreiben Sie genau Ihren Arbeitsplatz und Ihre Arbeitsbedingungen.</p>			
Periode(n)	Arbeitgeber	Beschreiben Sie den Arbeitsplatz und die Arbeitsbedingungen; erwähnen Sie auch die Produkte, Apparate, Fahrzeuge usw., die Sie beruflich gebraucht haben.	
vom ___/___/___ bis zum ___/___/___	..... .....	..... .....
vom ___/___/___ bis zum ___/___/___	..... .....	..... .....
vom ___/___/___ bis zum ___/___/___	..... .....	..... .....
vom ___/___/___ bis zum ___/___/___	..... .....	..... .....
FACH 6		Soziallage	
6.1 Haben Sie noch einen Arbeitgeber?		<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein, und gehen Sie zu Fach 6.2)</i>	
6.2 Beziehen Sie eine der folgenden Entschädigungen:		<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>	<i>(füllen Sie die Periode oder das Anfangsdatum aus)</i>
- Krankheit oder Invalidität <i>(Krankenkasse oder andere Anstalten)</i>		.....	vom ___/___/___ bis zum ___/___/___ vom ___/___/___ bis zum ___/___/___
- Berufskrankheit, die von einer anderen Anstalt als dem Fonds entschädigt wird		.....	ab ___/___/___
- Frühpension		.....	ab ___/___/___
- Invalidität (Bergarbeiter)		.....	ab ___/___/___
- Arbeitsunfall		.....	ab ___/___/___
- Arbeitslosigkeit		.....	ab ___/___/___
6.3 Beziehen Sie eine Altersrente oder eine Hinterbliebenenrente?		<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein; wenn nein, gehen Sie zu Fach 6.4)</i>	
<p>Wenn ja, geben Sie nebenan folgendes an:</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Anfangsdatum - den Name und die Anschrift der belgischen oder ausländischen Anstalt, die Ihnen diese Altersrente oder Hinterbliebenenrente zahlt 		ab ___/___/___	
6.4 Haben Sie eine Altersrente oder eine Hinterbliebenenrente beantragt?		<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>	
<p>Wenn ja, geben Sie nebenan folgendes an</p> <ul style="list-style-type: none"> - das vermutliche Anfangsdatum - den Namen und die Anschrift der belgischen oder ausländischen Anstalt, die Ihnen die Altersrente oder eine Hinterbliebenenrente zahlen wird 		ab ___/___/___	

FACH 7	Ausbildung
<p>Kreuzen Sie den höchsten Studiengang an, den Sie durchlaufen haben, und erwähnen Sie das Jahr, in dem Sie Ihr Diplom oder Zeugnis erhalten haben.</p> <p><input type="checkbox"/> Volksschule beendet im Jahre _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unterstufe des Sekundarunterrichts beendet im Jahre _____</p> <p><input type="checkbox"/> Oberstufe des Sekundarunterrichts beendet im Jahre _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hochschulunterricht (technischer, nichtuniversitärer oder Universitätsunterricht) beendet im Jahre _____</p> <p>Weitere Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Abendkurse, beendet im Jahre _____ Wenn ja, welche Richtung?</p> <p><input type="checkbox"/> Andere Ausbildung, beendet im Jahre _____ Wenn ja, welche?</p>	
FACH 8	Erklärung des Antragstellers
<p>Ich Unterzeichneter beantrage Schadenersatz aufgrund einer Berufskrankheit.</p> <p>Ich bestätige auf Ehre, daß diese Erklärung richtig und vollständig ist.</p> <p>Ich füge diesem Antrag ein vom Arzt ausgefülltes Formular 503D bei.</p> <p>Aufgestellt in</p> <p>____/____/____ (Datum)</p> <p>(Unterschrift)</p>	

Das Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Personendatenschutz ist anwendbar auf die Bearbeitung der anhand der beigefügten Formulare eingeholten Daten. Diese Daten werden aufgrund der Gesetzgebung über Berufskrankheiten eingeholt. Sie werden vom Fonds für Berufskrankheiten, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brüssel unter seiner Verantwortung für die Anwendung der Sozialgesetzgebung, insbesondere für Schadenersatzzwecke bei Berufskrankheiten, bearbeitet.

Wenn Sie wissen möchten, welche Daten über Sie gespeichert worden sind, oder wenn Sie diese Daten verbessern möchten, können Sie sich schriftlich an die Datenerfassungsstelle des Fonds für Berufskrankheiten wenden.

LISTE DER SCHADENERSATZPFLICHTIGEN BERUFSKRANKHEITEN

<p>1.1 Berufskrankheiten durch folgende chemische Stoffe :</p> <p>1.101 Arsen oder seine Verbindungen 1.102 Beryllium oder seine Verbindungen 1.103.01 Kohlenmonoxyd 1.103.02 Carbonylchlorid 1.103.03 Zyanwasserstoffsäure 1.103.04 Zyaniden 1.103.05 Zyanogenverbindungen 1.104 Kadmium oder seine Verbindungen 1.105 Chrom oder seine Verbindungen 1.106 Quecksilber oder seine Verbindungen 1.107 Mangan oder seine Verbindungen 1.108.01 Salpetersäure 1.108.02 Stickstoffsäure 1.108.03 Ammoniak 1.109 Nickel oder seine Verbindungen 1.110 Phosphor oder seine Verbindungen 1.111 Blei oder seine Verbindungen 1.112.01 Schwefelwasserstoff 1.112.02 Schwefelsäure 1.112.03 Schwefelkohlenstoff 1.112.04 Thallium oder seine Verbindungen 1.113 Vanadium oder seine Verbindungen 1.114 Chlor, 1.115.01 seine anorganischen Verbindungen 1.115.02 Brom, 1.115.03 seine anorganischen Verbindungen 1.115.04 Jod, 1.115.05 seine anorganischen Verbindungen 1.115.06 Fluor oder seine Verbindungen 1.115.07 Alifatische oder alicyclische Kohlenwasserstoffe als Bestandteile des Petroläthers und des Benzins (Petroläther und Benzin sind flüssige Petroleumdestillate, deren Kochpunkt nicht höher ist als 200 Grad Celsius) 1.117 Halogenderivate der aliphatischen oder alicyclischen Kohlenwasserstoffe 1.118.01 Alkohole, 1.118.02 ihre Halogenderivate 1.118.03 Glykole, 1.118.04 ihre Halogenderivate 1.118.05 Ether, 1.118.06 ihre Halogenderivate 1.118.07 Ketone, 1.118.08 ihre Halogenderivate 1.118.09 Organische Ester, 1.118.10 ihre Halogenderivate 1.119.01 Organische Säuren 1.119.02 Aldehyde, 1.119.03 Methanal (Formaldehyd) 1.119.04 einschließlich ihrer amidischen Derivate 1.120.01 Aliphatische Nitroderivate 1.120.02 Ester der Salpetersäure 1.121.01 Benzol oder 1.121.02 seine Homologe (die Homologe des Benzols haben die Formel: C₆H₁₂n-6) 1.121.03 Naphthalene oder 1.121.04 ihre Homologe (die Homologe des Naphthalens haben die Formel: C₁₀H₁₂n-12) 1.122 Halogenderivate der aromatischen Kohlenwasserstoffe 1.123.01 Phenole oder ihre Homologe oder 1.123.02 ihre Halogenderivate 1.123.03 Thiophenole oder ihre Homologe oder 1.123.04 ihre Halogenderivate 1.123.05 Naphthole oder ihre Homologe oder 1.123.06 ihre Halogenderivate 1.123.07 Halogenderivate der Alkylaryloxyde 1.123.08 Halogenderivate der Alkylarylsulfide 1.123.09 Benzochinon 1.124.01 Aromatische Amine oder aromatische Hydrazine oder 1.124.02 ihre Halogen-, Phenol-, Nitro-, Nitroso- oder Sulfonderivate 1.125.01 Nitroderivate der aromatischen Kohlenwasserstoffe 1.125.02 Nitroderivate der Phenole oder ihre Homologe 1.130 Zink und -verbindungen 1.132 Platin und -verbindungen 2.107 Alifatische Kohlenwasserstoffe, die nicht unter 1.116 genannt sind 2.108.01 Alifatische Amine 2.110.01 Vinylbenzol (Styren) 9.101 Terpene 9.102 Kobalt oder Kobaltverbindungen</p> <p>1.2 Berufskrankheiten der Haut durch Stoffe, die in keiner anderen Position genannt sind</p> <p>1.201 Hauterkrankungen und Hautkrebs durch: 1.201.01 Russ 1.201.02 Teer 1.201.03 Asphalt 1.201.04 Pech 1.201.05 Anthracen oder seine Verbindungen 1.201.06 Mineralföle 1.201.07 Rohparaffin oder die Verbindungen des Paraffins 9.201.08 Carbazol oder seine Verbindungen 9.201.09 Nebenprodukte der Steinkohlendestillation 1.202 Am Arbeitsplatz zugezogene Hauterkrankungen durch Stoffe, die in keiner anderen Position genannt sind</p>	<p>1.3 Berufskrankheiten durch Inhalation von anderweitig nicht genannten Stoffen</p> <p>1.301 Pneumokoniosen : 1.301.11 Silikose 1.301.12 Silikose mit Lungentuberkulose 2.301.01 Grafitose 1.301.21 Asbestose 1.301.22 Asbestose mit Lungentuberkulose 1.301.23 Asbestose mit Lungenkrebs 1.301.24 Pneumokoniosen durch Silikatstaub 1.302 Bronchopulmonale Erkrankungen durch Staub oder Rauch von Aluminium oder seinen Verbindungen 1.303 Bronchopulmonale Erkrankungen durch Staub von Hartmetallen 1.304 Bronchopulmonale Erkrankungen durch Thomasschlacken 1.305.01 Am Arbeitsplatz zugezogene allergische Atemwegsstörungen durch die Holzarten Teak und Kamballa 1.305.02 Farinose 1.305.03.01 Am Arbeitsplatz zugezogene allergische Atemwegsstörungen durch Holz 1.305.03.02 Am Arbeitsplatz zugezogene allergische Atemwegsstörungen durch antibiotische Mittel 1.305.04 Am Arbeitsplatz zugezogene allergische Atemwegsstörungen durch proteolytische Enzyme 1.305.05.01 Äußere allergische Alveolitis 1.305.05.02 Siderose 2.306.01 Krebserkrankungen der oberen Luftwege durch Holzstaub 2.306.02 Lungenerkrankungen durch Inhalation von Baumwoll-, Flachs-, Hanf-, Jute-, Sisal- oder Bagassestaub 9.307 Mesotheliom durch Asbest</p> <p>1.4 Infektiöse und parasitäre Erkrankungen infolge der Ausübung bestimmter Berufe</p> <p>1.401 Wurmkrankheiten durch : 1.401.01 Ankylostoma duodenale oder Necator americanus 1.401.02 Angiullula intestinalis (Strongyloides stercoralis) 1.402 Tropenberufskrankheiten : 1.402.01 Malaria 1.402.02 Amöbendysenterie 1.402.03 Schlafkrankheit 1.402.04 Dengue 1.402.05 Pappataciefieber 1.402.06 Malariafieber 1.402.07 Felnis Recurrens 1.402.08 Gelbfieber 1.402.09 Pest 1.403.10 Leishmaniose 1.403.11 Frambösie 1.403.12 Lepros 1.403.13 Fleckfieber 1.403.14 Andere Rickettsiosen 1.403.15 Bilharziose 1.403.16 Shigellose 1.403.17 Filariose 1.403.01 Von Tieren oder Tierresten auf Menschen übertragbare infektiöse oder parasitäre Erkrankungen 1.403.02 Tetanus 1.403.03 Hepatitis A des dem Kontakt mit alkalienversuchten Abwässern ausgesetzten Personals 1.404.01 Tuberkulose beim Personal der Präventivmedizin, der Heil- und Pflegedienste, der häuslichen Krankenpflege, der Forschung und anderer beruflicher Aktivitäten in Pflegediensten mit einem erhöhten Infektionsrisiko 1.404.02 Virushepatitis beim Personal der Präventivmedizin, der Heil- und Pflegedienste, der häuslichen Krankenpflege, der Forschung und anderer beruflicher Aktivitäten in Pflegediensten mit einem erhöhten Infektionsrisiko 1.404.03 Andere infektiöse Erkrankungen beim Personal der Präventivmedizin, der Heil- und Pflegedienste, der häuslichen Krankenpflege, der Laboratoriumsarbeit und anderer beruflicher Aktivitäten in Pflegediensten mit einem erhöhten Infektionsrisiko</p> <p>1.6 Berufskrankheiten durch physikalische Einwirkungen</p> <p>1.601 Erkrankungen durch ionisierende Strahlungen 1.602 Star durch Einwirkung von Wärmestrahlung 1.603 Durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit oder Taubheit 1.604 Erkrankungen durch Kompression oder Dekompression der umringenden Atmosphäre 1.605.01 Knochen- und Gelenkerkrankungen oder 1.605.02 Gefäßneurotische Erkrankungen durch vibrierende Werkzeuge 1.606.11 Druckbedingte Erkrankungen der periartikulären Beutel, subkutane Cellulitis 1.606.21 Erkrankungen durch Überanstrengung der Sehnscheiden, des peritendinösen Gewebes, der Muskel- und der Sehnenansätze bei Schauspielern 1.606.41 Abriß der Wirbelfortsätze durch Überanstrengung 1.606.51 Drucklähmungen der Nerven 1.607 Bergerberitemyastgmus</p>
---	--

(September 1996)

FONDS FÜR BERUFSKRANKHEITEN				503D
Sterrenkundennummer 1				
1210	BRÜSSEL	Tel. 02/226.62.11	Fax 02/219.19.33	

**ÄRZTLICHES ATTEST, DAS DEM ANTRAG AUF SCHADENERSATZ IM FALLE EINER
BERUFSKRANKHEIT BEIZUFÜGEN IST (*)**
Berufskrankheitengesetzgebung für den Privatsektor

(*) Für folgende Anträge gibt es eigene Antragsformulare:

- ◊ für den Antrag auf zeitweise Entfernung einer schwangeren Arbeitnehmerin aus einer gesundheitschädlichen Umgebung (521D-523D)
- ◊ für den Antrag auf Erstattung der Kosten für medizinische Behandlungen, die in der spezifischen Nomenklatur vorgesehen sind (Impfstoffe, Einzelschutzmaßnahmen, ...) (511D-513D)

Der Unterzeichnete....., Doktor der Medizin, erklärt, daß er die Person, deren Identität in Fach 1 angegeben ist, untersucht hat

FACH 1	Identität (bitte, in Blockschrift ausfüllen!)
Name (für Frauen: der Mädchenname)	
Vorname (offizieller Vorname)	
Straße und Hausnummer (ggf. Briefkastennummer)	
Postleitzahl und Gemeinde	
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	

FACH 2	Richtlinie für den Arzt
<p>1. Für jeden Schadenersatzantrag verlangt der Fonds, daß dieses Dokument vollständig ausgefüllt und unterzeichnet wird. Jeder unvollständige Antrag (das Antragsformular wurde schlecht ausgefüllt, oder die unentbehrlichen medizinischen Belege fehlen) verzögert die Bearbeitung der Akte.</p> <p>2. Wenn der Antrag für mehrere Pathologien eingereicht wird, muß für jede Krankheit ein Attest ausgefüllt werden.</p> <p>3. Dem vorliegenden Attest müssen auf jeden Fall die ärztlichen Belege beigelegt werden, anhand deren die Diagnose gestellt und die Krankheit begründet werden konnte:</p>	
◊ bei <i>Pneumokoniose</i>	Aufnahme und Protokoll einer Standardröntgenaufnahme des Brustkorbes; bei den durch Asbest verursachten Krankheiten: Aufnahmen und Protokoll einer Tomodensitometrie (CT-SCAN) des Brustkorbes, feine und grobe Schnitte
◊ bei <i>Bronchialasthma</i>	Bericht des Pneumologen, Umriß der Lungenfunktionstests, aspezifische, Bronchialüberempfindlichkeitstests, Blutuntersuchung (RAST, ..)
◊ bei <i>infektiöser Hepatitis</i>	Laborergebnisse (Serologie + Enzyme)
◊ bei <i>allergischer Dermatoze</i>	Ergebnisse der Hauttests
◊ bei <i>Vergiftung</i>	Ergebnisse der biologischen und toxikologischen Untersuchungen
◊ bei <i>Schwerhörigkeit</i>	Tonaudiogramm beider Ohren
◊ bei <i>Arthrose</i>	Röntgenaufnahmen der Gelenke oder der betroffenen Körperstelle (Aufnahmen und Protokolle)
◊ bei <i>Tendinitis</i>	Bericht des Facharztes, Echographie (Aufnahme und Protokoll)
◊ bei <i>Karpal-Tunnel-Syndrom</i>	Bericht des Facharztes, Elektromyographie, Bericht über den chirurgischen Eingriff
<i>Diese Liste hat keinen Vollständigkeitswert</i>	

FACH 3		Art des Antrags	
Die in Fach 1 erwähnte Person möchte folgenden Antrag einreichen (kreuzen Sie das entsprechende Fach an)			
<input type="checkbox"/> einen Erstantrag oder einen Antrag nach Ablehnung. (vervollständigen Sie Rubrik A mit der Überschrift Erstantrag oder Antrag nach Ablehnung)			
<input type="checkbox"/> einen Antrag auf erneute Überprüfung einer bereits anerkannten Berufskrankheit. (vervollständigen Sie Rubrik B mit der Überschrift Antrag auf Neufestlegung)			
Rubrik A		Erstantrag oder Antrag nach Ablehnung	
Genauere Krankheitsdiagnose		.....
Anamnese und klinische Untersuchung		..... ..... .....
Liste der medizinischen Belege, anhand deren die Krankheitsdiagnose gestellt werden konnte und die dem Antrag beigelegt werden müssen (siehe Richtlinie für den Arzt, Fach 2)		..... ..... .....
Datum, an dem die Berufskrankheit zum erstenmal festgestellt worden ist		__ / __ / ____	
Durch die Berufskrankheit bedingte Arbeitsunfähigkeit		vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____ vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____	
Tätigkeit oder Agens das die Berufskrankheit vermutlich verursacht hat		..... .....
Detaillierte Beschreibung der angeprangerten beruflichen Tätigkeit		..... ..... .....
Ist der Patient noch immer diesem Risiko ausgesetzt?		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	wenn nicht, ab __ / __ / ____
Muß der Patient von diesem Risiko ferngehalten werden?		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	(wenn ja, füllen Sie auch Rubrik D aus)
Braucht der Patient wegen seiner Berufskrankheit regelmäßig Hilfe von einer anderen Person?		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	(wenn ja, füllen Sie auch Rubrik C aus)
Glauben Sie, daß es sich um eine Krankheit handelt, die auf der belgischen Liste der anerkannten Berufskrankheiten vorkommt? (siehe Anlage)		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	
Wenn Sie der Meinung sind, daß es sich um eine Krankheit handelt, die nicht auf der belgischen Liste der anerkannten Berufskrankheiten (siehe Anlage) vorkommt, belegen Sie dann daß die Ausübung des Berufes der ausschlaggebende und direkte Grund für diese Krankheit ist (wissenschaftliche Veröffentlichungen usw.)		Liste der erbrachten Beweise:	

Rubrik B		Antrag auf erneute Überprüfung	
Genauere Diagnose der Krankheit, für die bereits eine Entschädigung gezahlt wird		.....
Beweis, daß sich die Krankheit verschlimmert hat; neue Angaben in der Anamnese und klinischen Untersuchung		.....
Liste der medizinischen Belege, die die Verschlimmerung nachweisen (dem Antrag beizufügen)		.....
Durch die Berufskrankheit bedingte Arbeitsunfähigkeit		vom ___/___/___ bis zum ___/___/___ vom ___/___/___ bis zum ___/___/___	
Ist der Patient noch immer dem Berufskrankheitsrisiko ausgesetzt?		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	wenn nicht, ab ___/___/___
Muß der Patient vom Berufskrankheitsrisiko ferngehalten werden?		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	(wenn ja, füllen Sie auch Rubrik D aus)
Braucht der Patient wegen seiner Berufskrankheit regelmäßig Hilfe von einer anderen Person?		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	(wenn ja, füllen Sie auch Rubrik C aus)
Rubrik C		Antrag auf regelmäßige Hilfe von einer anderen Person	
		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	
1. Kann sich der Patient		- außerhalb des Hauses allein fortbewegen?	
		- im Hause allein fortbewegen?	
2. Ist der Patient bettlägerig?			
3. Ist der Patient wegen seiner Berufskrankheit nicht in der Lage,		- sein Essen allein zuzubereiten?	
		- sich allein zu ernähren?	
4. Kann der Patient		- seine Wohnung allein unterhalten?	
		- sich völlig allein waschen?	
		- sich mit der bedingten Hilfe einer anderen Person waschen?	
		- sich nicht ohne vollständige Hilfe einer anderen Person waschen?	
		- ohne jede Hilfe seine Notdurft verrichten?	
Muß der Patient		- fortwährend unter Aufsicht bleiben?	
		- zwischendurch unter Aufsicht bleiben?	
5. Gibt es eine andere Erkrankung, die den Patienten von Dritten abhängig macht? Wenn ja, welche?		.....
6. Ist der Patient ins Krankenhaus eingeliefert worden? Wenn ja, seit wann und für welche Krankheit? (fügen Sie den Bericht hierüber bei)		ab ___/___/___ Krankheit:	
7. Ist der Patient letztes Jahr ins Krankenhaus eingeliefert worden? Wenn ja, während wieviel Monaten und für welche Krankheit? (fügen Sie die Berichte hierüber bei)		Monate:..... Krankheit:.....	
8. Ist der Betreffende endgültig auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen? Wenn nicht, wie lange schätzungsweise? (ab dem Antrag)		Dauer:	

Rubrik D	Antrag auf Fernhaltung vom Berufskrankheitsrisiko (mit Ausnahme der Fernhaltung aufgrund einer Schwangerschaft, wofür es ein eigenes Formular 521D-523D gibt)
Arbeitsmedizinischer Dienst	
Name und Anschrift des Betriebsarztes oder des zwischenbetrieblichen Gesundheitsdienstes	...............
Angaben über das Risiko, von dem der Antragsteller ferngehalten werden müßte	
Von welchem Berufskrankheitsrisiko muß der Betreffende ferngehalten werden?	..... ..... .....
Angaben über die Fernhaltung	
Medizinische Gründe, die den Antrag auf Fernhaltung rechtfertigen (Gründe, die belegen, daß der Betreffende anfällig für die Berufskrankheit ist, daß er davon bedroht ist oder angesteckt worden ist)	..... ..... .....
Liste der beigefügten medizinischen Belege zur Rechtfertigung der Fernhaltungsmaßnahme (z.B. Audiogramm, Laborwerte..)	..... ..... .....
Als Fernhaltungsmaßnahme wird vorgeschlagen:	(antworten Sie mit "vorübergehende Fernhaltung" oder "dauernde Fernhaltung")
Art und Weise, wie die Fernhaltung stattgefunden hat oder stattfinden wird	
- durch Versetzung an einen Arbeitsplatz außerhalb des Risikobereichs: - wenn ja, - Datum der Versetzung - Art des neuen Arbeitsplatzes	(antworten Sie mit Ja oder Nein) _ / _ / _
- durch Einstellen der Tätigkeit - wenn ja, - Datum des letzten effektiven Arbeitstages - Datum, ab dem der Betreffende vom Risiko ferngehalten wird - vorgeschlagene Dauer	(antworten Sie mit Ja oder Nein) _ / _ / _ _ / _ / _ vom _ / _ / _ bis zum _ / _ / _
..... _ / _ / _
(Name und vollständige Anschrift des Arztes)	(Datum)
.....
(Stempel des Arztes)	(Unterschrift)

FONDS VOOR DE BEROEPSZIEKTEN

Sterrenkundelaan 1
1210 BRUSSEL

Tel. 02/226.62.11

Fax 02/219.19.33

511N

AANVRAAGFORMULIER VOOR TERUGBETALING VAN DE KOSTEN VOOR VERSTREKKINGEN VAN
GENEESKUNDIGE VERZORGING OPGENOMEN IN DE SPECIFIEKE NOMENCLÁTUURKoninklijk besluit van 28 juni 1983
Beroepsziektewetgeving voor de privé-sector en
voor personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten

VAK 1		Identiteit (invullen in hoofdletters a.u.b.)	
Naam (vrouwen: de meisjesnaam)			
Voornaam (officiële voornaam)			
Straat en nummer			
		Nr.	Bus
Gemeente en postcode (vermeld voor Brussel de deel- gemeente)			Postcode
Geboortedatum (dag, maand, jaar)			
Geslacht (passend vakje aankruisen)	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V	
Taalrol (Nederlands-Frans-Duits)			
Telefoonnummer (thuis)			
Identificatienummer Rijksregister (zie keerzijde identiteitskaart)			
VAK 2		Beroepsactiviteit	
Is u leerling of student?	(antwoord met ja of neen)		
	.....	(indien ja, ga naar vak 3)	
Werkt u in de privé-sector?	(antwoord met ja of neen)		
	.....	(indien ja, ga naar vak 4)	
Werkt u in de openbare sector?	(antwoord met ja of neen)		
	.....	(indien ja, ga naar vak 5)	
VAK 3		Leerlingen en studenten	
Volgt u onderwijs met volledig leerplan?	(antwoord met ja of neen)		
		
Indien ja, geef hiernaast:			
- naam en adres van de onderwijsinstelling	.....	
		
		
- studierichting	.....	
- studiejaar	.....	

FONDS VOOR DE BEROEPSZIEKTEN							
Sterrenkendelaan 1		Tel. 02/226.62.11		Fax 02/219.19.33		513N	
1210 BRUSSEL							

**MEDISCH GETUIGSCHRIFT TE VOEGEN BIJ DE AANVRAAG OM TERUGBETALING VAN DE KOSTEN
VOOR VERSTREKKINGEN VAN GENEESKUNDIGE VERZORGING OPGENOMEN
IN DE SPECIFIEKE NOMENCLATUUR**
Koninklijk besluit van 28 juni 1983
Beroepszietewetgeving voor de privé-sector en
voor personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten

Ondergetekende....., dokter in de geneeskunde, verklaart de persoon waarvan de identiteit vermeld wordt in vak 1 onderzocht te hebben. Deze persoon wenst een terugbetaling te ontvangen van de kosten voor verstrekkingen van geneeskundige verzorging, zoals hieronder aangeduid.

VAK 1	Identiteit (invullen in hoofdletters a.u.b.)
Naam (voor vrouwen: de meisjesnaam)	
Voornaam (officiële voornaam)	
Straat en nummer (evt. busnummer)	
Postcode en gemeente	
Geboortedatum (dag, maand, jaar)	

VAK 2	HEPATITIS B: vaccins, "rappelvaccinatie" en gammaglobulines
--------------	--

U moet de criteria terzake volgen. Zij kunnen schriftelijk of telefonisch aangevraagd worden bij het Fonds voor de beroepsziekten.

(10) Eerste vaccinatie tegen HEPATITIS B (4 spuitjes)	(antwoord met ja of neen)
(11) "Rappelvaccinatie" (5e spuit) tegen HEPATITIS B <i>Indien ja, geef hiernaast de uitslag van de antistoffenbepaling (Een rappel van het vaccin tegen hepatitis B - 5e spuit, kan slechts terugbetaald worden wanneer de aanvrager door middel van een dosering het bewijs levert dat zijn antilichamentiter onder de drempel van 100 mIE/ml ligt.)</i>	(antwoord met ja of neen)
(31) Specifieke gammaglobulines tegen HEPATITIS B	(antwoord met ja of neen)
Geef een bondige beschrijving van de beroepsactiviteit van betrokkene die de vraag tot terugbetaling van de voornoemde verstrekking motiveert	...............

Duid de aard van de onderneming of instelling aan waar de betrokkene tewerkgesteld is of stage loopt.
(kruis het betreffende vakje aan)

ziekenhuis RVT bejaardentehuis psychiatrische instelling revalidatiecentrum

klinisch labo MPI thuisverzorging bloedtransfusiecentrum kinderkribbe

tandarts-(para)medische praktijk

andere:.....

VAK VOORBEHOUDEN VOOR HET FONDS VOOR DE BEROEPSZIEKTEN									
Code pathologie / ziekte	H	1	.	4	0	4	.	0	2
Opmerkingen:	.....							

VAK 3		Overige vaccins en gammaglobulines	
		<i>(antwoord met ja of neen)</i>	
(12)	Vaccin tegen gele koorts	.....
(14)	Vaccin tegen influenza <i>(U moet de criteria terzake volgen. Zij kunnen schriftelijk of telefonisch aangevraagd worden bij het Fonds voor de beroepsziekten.)</i>	.....
(13)	Vaccin tegen pneumokokkeninfecties	.....
(15)	"Rappelvaccinatie" tegen pneumokokkeninfecties <i>(Een rappel van het vaccin tegen de pneumokokkeninfecties kan ten vroegste 5 (vijf) jaar na de eerste vaccinatie terugbetaald worden.)</i>	.....
(30)	Menselijke gammaglobulines	.....
(32)	Specifieke gammaglobulines tegen rubella	.....
(33)	Specifieke gammaglobulines tegen mazelen	.....
Geef een bondige beschrijving van de beroepsactiviteit van betrokkene die de vraag tot terugbetaling van de voornoemde verstrekking motiveert		..... ..... ..... ..... .....
VAK 4		Individuele beschermingsmiddelen en prothesen	
<i>Alleen de getroffene erkend door het Fonds heeft recht op de terugbetaling van deze verstrekkingen. Indien de getroffene (nog) niet erkend is door het Fonds, moet een aanvraag om schadeloosstelling ingediend worden met de formulieren 501N-503N, die gratis verkrijgbaar zijn.</i>			
		<i>(antwoord met ja of neen)</i>	<i>(geef de omschrijving)</i>
(50)	Prothesen en orthopedische toestellen	.....	..........
(60)	Individueel sanitair materieel	.....	.....
(70)	Individuele beschermingsmiddelen	.....	.....
.....			
Tel. _____ / _____ <i>(naam en adres van de (bedrijfs)geneesheer of van de (inter)bedrijfsgeneeskundige dienst)</i>			
_____ / _____ <i>(datum)</i>		..... <i>(handtekening)</i>	
VAK VOORBEHOUDEN VOOR HET FONDS VOOR DE BEROEPSZIEKTEN			
Code pathologie / ziekte		| | | . | | . | | . | |	
Opmerkingen:			
.....			
.....			

FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Avenue de l' Astronomie 1 1210 BRUXELLES Tél. 02/226.62.11 Fax 02/219.19.33									
511F									

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE PRESTATIONS DE SOINS DE SÂNTÉ REPRISÉS DANS LA NOMENCLATURE SPÉCIFIQUE Arrêté royal du 28 juin 1983 Législation relative aux maladies professionnelles du secteur privé et des membres du personnel appartenant aux administrations provinciales et locales

CASE 1	Identité (à compléter en majuscules s.v.p.)
Nom <i>(pour les femmes: nom de jeune fille)</i>	
Prénom <i>(prénom officiel)</i>	
Rue et numéro	
	N° Bte
Code postal et commune <i>(pour Bruxelles précisez la commune)</i>	Code postal
Date de naissance <i>(jour, mois, année)</i>	
Sexe <i>(cochez la case indiquée)</i>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Rôle linguistique <i>(français - néerlandais - allemand)</i>	
Numéro de téléphone <i>(du domicile)</i>	
N° d'identification au Registre national <i>(figure au verso de votre carte d'identité)</i>	

CASE 2	Activité professionnelle
	<i>(répondez par oui ou non)</i>
Etes-vous élève ou étudiant?	..... <i>(si oui, remplissez la case 3)</i>
Travaillez-vous dans le secteur privé?	..... <i>(si oui, remplissez la case 4)</i>
Travaillez-vous dans le secteur public?	..... <i>(si oui, remplissez la case 5)</i>

CASE 3	Elèves et étudiant(e)s
	<i>(répondez par oui ou non)</i>
Suivez-vous un enseignement à horaire complet?	.....
<i>Si oui, mentionnez:</i>	.....
- les nom et adresse de l'institution d'enseignement	...............
- la nature des études poursuivies	.....
- l'année d'étude	.....

FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES		511F
Avenue de l'Astronomie 1 1210 BRUXELLES Tél. 02/226.62.11 Fax 02/219.19.33		

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE PRESTATIONS DE SOINS DE
SANTÉ REPRIS DANS LA NOMENCLATURE SPECIFIQUE**
Arrêté royal du 28 juin 1983
Législation relative aux maladies professionnelles du secteur privé et
des membres du personnel appartenant aux administrations provinciales et locales

CASE 1	Identité (à compléter en majuscules s.v.p.)
Nom <i>(pour les femmes: nom de jeune fille)</i>	
Prénom <i>(prénom officiel)</i>	
Rue et numéro	
	N° Bte
Code postal et commune <i>(pour Bruxelles précisez la commune.)</i>	Code postal
Date de naissance <i>(jour, mois, année)</i>	
Sexe <i>(cochez la case indiquée)</i>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Rôle linguistique <i>(français - néerlandais - allemand)</i>	
Numéro de téléphone <i>(du domicile)</i>	
N° d'identification au Registre national <i>(figure au verso de votre carte d'identité)</i>	

CASE 2	Activité professionnelle
	<i>(répondez par oui ou non)</i>
Etes-vous élève ou étudiant?	..... <i>(si oui, remplissez la case 3)</i>
Travaillez-vous dans le secteur privé?	..... <i>(si oui, remplissez la case 4)</i>
Travaillez-vous dans le secteur public?	..... <i>(si oui, remplissez la case 5)</i>

CASE 3	Elèves et étudiant(e)s
	<i>(répondez par oui ou non)</i>
Suivez-vous un enseignement à horaire complet?	.....
<i>Si oui, mentionnez:</i>	.....
- les nom et adresse de l'institution d'enseignement ☎ /
- la nature des études poursuivies	.....
- l'année d'étude	.....

FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES		513F
Avenue de l'Astronomie 1 1210 BRUXELLES Tél. 02/226.62.11 Fax 02/219.19.33		

ATTESTATION MEDICALE A JOINDRE A LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE REPRISES DANS LA NOMENCLATURE SPECIFIQUE
 Arrêté royal du 28 juin 1983
 Législation relative aux maladies professionnelles du secteur privé et des membres du personnel appartenant aux administrations provinciales et locales

Je soussigné....., docteur en médecine, déclare avoir examiné la personne mentionnée à la case 1. Cette personne désire obtenir le remboursement de prestations de soins de santé, comme indiqué ci-dessous.

CASE 1	Identité (à compléter en majuscules s.v.p.)
Nom (pour les femmes: nom de jeune fille)	
Prénom (prénom officiel)	
Rue et numéro (évt. boîte postale)	
Code postal et commune	
Date de naissance (jour, mois, année)	

CASE 2	HEPATITE B: vaccins, "rappel" et gammaglobulines
---------------	---

Veuillez vous référer aux critères qui peuvent être obtenus sur demande écrite ou téléphonique auprès du Fonds des maladies professionnelles.

(10) Première vaccination contre l' HEPATITE B (4 injections)	(répondez par oui ou non)
(11) "Rappel" (5ème injection) contre l' HEPATITE B <i>Si oui, indiquez le résultat du dosage des anticorps (Un rappel du vaccin contre l'hépatite B - 5ème injection, ne peut faire l'objet d'un remboursement que lorsque le demandeur apporte la preuve, au moyen d'un dosage, que son taux d'anticorps se situe sous le seuil de 100 mUI/ml.)</i>	(répondez par oui ou non)
(13) Gammaglobulines spécifiques contre l' HEPATITE B	(répondez par oui ou non)
Donnez une description de l'activité professionnelle de l'intéressé(e) motivant la demande de remboursement des prestations citées ci-dessus	...............

Indiquez la nature de l'entreprise ou de l'institution où le(la) requérant(e) est en activité ou en stage.
 (cochez la case correspondante)

hôpital MRS home pour personnes âgées institution psychiatrique centre de revalidation
 labo clinique IMP soins à domicile centre de transf. sanguine crèche
 cabinet dentaire/(para)médical
 autres:

CASE RESERVEE AU FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Code pathologie / maladie	H	1	.	4	0	4	.	0	2
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Remarques:

FONDS FÜR BERUFSSKRANKHEITEN	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
Sterrenkundelaan 1 1210 BRÜSSEL Tel. 02/226.62.11 Fax 02/219.19.33 511D					

**ANTRAGSFORMULAR FÜR DIE ERSTATTUNG DER KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE BEHANDLUNGEN,
DIE IN DER SPEZIFISCHEN NOMENKLATUR VORGESEHEN SIND**
 Königlicher Erlaß vom 28. Juni 1983
 Berufskrankheitsgesetzgebung für den Privatsektor und
 für Personalmitglieder der Provinz- und der lokalen Verwaltungen

FACH 1	Identität (bitte in Blockschrift ausfüllen)			
Name (für Frauen: der Mädchenname) Vorname (offizieller Vorname) Straße und Hausnummer Gemeinde und Postleitzahl (für Brüssel die Teilgemeinde erwähnen) Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) Geschlecht (das entsprechende Fach ankreuzen) Sprache (Deutsch - Niederländisch- Französisch) Telefonnummer (zuhause) Kennnummer im Nationalregister (siehe Rückseite Ihres Personalausweises)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px;">Nr.</td> <td style="width: 10px;">Briefkasten</td> <td style="width: 10px;">Postleitzahl</td> </tr> </table>	Nr.	Briefkasten	Postleitzahl
Nr.	Briefkasten	Postleitzahl		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W				

FACH 2	Berufliche Tätigkeit
Sind Sie Schüler oder Student? Arbeiten Sie im Privatsektor? Arbeiten Sie im öffentlichen Sektor?	(antworten Sie mit Ja oder Nein) (wenn ja, gehen Sie zu Fach 3) (wenn ja, gehen Sie zu Fach 4) (wenn ja, gehen Sie zu Fach 5)

FACH 3	Schüler und Studenten
Belegen Sie einen Unterricht mit vollständigem Lehrplan? Wenn ja, geben Sie an: - Name und Anschrift der Lehranstalt - Studienrichtung - Studienjahr	(antworten Sie mit Ja oder Nein) /

FACH 4 Arbeitnehmer im Privatssektor	
Geben Sie den Namen und die Anschrift Ihres Arbeitgebers an ☎ /
Welchen Arbeitsvertrag haben Sie abgeschlossen? (*) (*) z.B. Arbeitsvertrag für Arbeiter, Angestellte, Hausangestellte, Handelsvertreter usw...	..... ..... .....
Ab welchem Datum arbeiten Sie bei diesem Arbeitgeber?	seit dem ___ / ___ / ____
FACH 5 Beamter oder Arbeitnehmer im öffentlichen Sektor	
Arbeiten Sie in einer Dienststelle: - der Provinz? - der Gemeinde? - eines Öffentlichen Sozialhilfeszentrums oder in einer davon abhängigen Einrichtung? - einer reinen Interkommunalen? - einer anderen Dienststelle: in welcher?	(antworten Sie mit Ja oder Nein)
Geben Sie den Namen und die Anschrift Ihres Arbeitgebers an ☎ /
Welches ist Ihre arbeitsrechtliche Stellung? (*) (*) z.B. festernannt, Vertragsangestellter, ABM-Vertragsangestellter, usw..	..... ..... .....
Ab welchem Datum arbeiten Sie bei diesem Arbeitgeber?	seit dem ___ / ___ / ____
FACH 6 Erklärung des Antragstellers	
<p>Ich Unterzeichneter beantrage im Rahmen der Berufskrankheitenversicherung die Erstattung der Kosten für die in der spezifischen Nomenklatur vorgesehenen medizinische Behandlungen.</p> <p>Ich bestätige auf Ehre, daß diese Erklärung richtig und vollständig ist.</p> <p>Ich füge diesem Antrag ein vom Arzt ausgefülltes Formular 513D bei.</p> <p>Aufgestellt in</p> <p>____ / ____ / ____ (Datum)</p> <p>..... (Unterschrift)</p>	

Das Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Personendatenschutz ist anwendbar auf die Bearbeitung der anhand der beigefügten Formulare eingeholten Daten. Diese Daten werden aufgrund der Gesetzgebung über Berufskrankheiten eingeholt. Sie werden vom Fonds für Berufskrankheiten, Sterrenkindelaan 1, 1210 Brüssel unter seiner Verantwortung für die Anwendung der Sozialgesetzgebung, insbesondere für Schadenersatzzwecke bei Berufskrankheiten, bearbeitet. Wenn Sie wissen möchten, welche Daten über Sie gespeichert worden sind, oder wenn Sie diese Daten verbessern möchten, können Sie sich schriftlich an die Datenerfassungsstelle des Fonds für Berufskrankheiten wenden.

B (September 1996)

FONDS FÜR BERUFSKRANKHEITEN	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>					
Sterrenkundelaan 1 1210 BRÜSSEL Tel. 02/226.62.11 Fax 02/219.19.33	513D					

ÄRZTLICHES ATTEST, DAS DEM ANTRAG AUF ERSTATTUNG DER KOSTEN FÜR DIE IN DER SPEZIFISCHEN NOMENKLATUR VORGESEHENEN MEDIZINISCHEN BEHANDLUNGEN BEIZUFÜGEN IST

Königlicher Erlaß vom 28. Juni 1983
 Berufskrankheitsgesetzgebung für den Privatsektor und
 für Personalmitglieder der Provinz- und der lokalen Verwaltungen

Der Unterzeichnete..... Doktor der Medizin, erklärt, daß er die Person, deren Identität in Fach 1 angegeben ist, untersucht hat. Diese Person beantragt die Erstattung der Kosten für die unten angegebenen medizinischen Behandlungen.

FACH 1	Identität (bitte in Blockschrift ausfüllen)
Name (für Frauen: der Mädchenname)	
Vorname (offizieller Vorname)	
Straße und Hausnummer (ggf. Briefkastenummer)	
Postleitzahl und Gemeinde	
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	

FACH 2	HEPATITIS B: Impfungen, "Boosterimpfung" und Gammaglobuline
---------------	--

Sie müssen die einschlägigen Kriterien einhalten. Diese können schriftlich oder telefonisch beim Fonds für Berufskrankheiten beantragt werden.

(10) Erstimpfung gegen HEPATITIS B (4 Spritzen)	(antworten Sie mit Ja oder Nein)
(11) "Boosterimpfung" (5e Spritze) gegen HEPATITIS B <i>Wenn ja, geben Sie das Ergebnis des Antikörpertest an (Eine Nachimpfung gegen Hepatitis B - 5e Spritze kann nur erstattet werden, wenn der Antragsteller anhand einer Dosierung den Beweis liefert, daß sein Antikörperwert unter der Schwelle von 100 mIE/ml liegt.)</i>	(antworten Sie mit Ja oder Nein)
(12) Spezifisches Gammaglobulin gegen HEPATITIS B	(antworten Sie mit Ja oder Nein)
Geben Sie eine kurze Beschreibung der beruflichen Tätigkeit des Betroffenen als Begründung für den Antrag auf Erstattung der obenerwähnten Behandlung.	..... ..... .....

Geben Sie an, in welchem Unternehmen oder in welcher Einrichtung der Antragsteller beschäftigt ist oder ein Praktikum absolviert. (kreuzen Sie das entsprechende Fach an)

Krankenhaus psychiatrische Einrichtung Betreuung zuhause medizinisch-pädagogische Einrichtung
 Kinderkrippe Rehabilitationszentrum Erholungs- und Pflegeheim klinisches Laboratorium
 Altersheim Bluttransfusionszentrum (Zahn)arztpraxis oder paramedizinische Praxis
 andere:.....

DEM FONDS FÜR BERUFSKRANKHEITEN VORBEHALTENES FACH I									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pathologie- / Krankheitskode	H	1	4	0	4	0	2	
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

Bemerkungen:

FACH 3		Übrige Impfungen und Gammaglobuline	
		<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>	
(12)	Impfung gegen Gelbfieber	.....
(14)	Impfung gegen Influenza <i>(Sie müssen die einschlägigen Kriterien einhalten. Diese können schriftlich oder telefonisch beim Fonds für Berufskrankheiten beantragt werden.)</i>	.....
(13)	Impfung gegen Pneumokokkeninfektionen	.....
(15)	"Nachimpfung" gegen Pneumokokkeninfektionen <i>(Eine Nachimpfung gegen Pneumokokkeninfektionen kann frühestens 5 (fünf) Jahre nach der ersten Impfung erstattet werden.)</i>	.....
(30)	Menschliches Gammaglobulin	.....
(32)	Spezifisches Gammaglobulin gegen Röteln	.....
(33)	Spezifisches Gammaglobulin gegen Masern	.....
Geben Sie eine kurze Beschreibung der beruflichen Tätigkeit des Betroffenen als Begründung für den Antrag auf Erstattung der obenerwähnten Behandlung.		..... ..... ..... .....
FACH 4		Individuelle Schutzmittel und Prothesen	
<i>Nur der vom Fonds anerkannte Betroffene hat Anrecht auf Erstattung dieser Behandlungen. Wenn der Betroffene (noch) nicht vom Fonds anerkannt ist, muß er einen Schadenersatzantrag auf den Formularen 501D-503D einreichen, die kostenlos zu bekommen sind.</i>			
		<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>	<i>(geben Sie eine Beschreibung)</i>
(50)	Prothesen en orthopädische Apparate	.....	..........
(60)	Individuelles sanitäres Material	.....	.....
(70)	Individuelle Schutzmittel	.....	.....
.....			
Tel. ---/----- <i>(Name und Anschrift des (Betriebs)arztes oder des zwischenbetrieblichen Gesundheitsdienstes)</i>			
/ / ----- (Datum)		..... (Unterschrift)	
DEM FONDS FÜR BERUFKRANKHEITEN VORBEHALTENES FACH			
Pathologie-/ Krankheits-			
kode			
Bemerkungen:			
.....			
.....			

FONDS VOOR DE BEROEPSZIEKTENSterrenkundelaan 1
1210 BRUSSEL

Tel. 02/226.62.11

Fax 02/219.19.33

521N

**AANVRAAGFORMULIER VOOR TIJDELIJKE VERWIJDERING UIT HET RISICO VAN
BEROEPSZIEKTE WEGENS ZWANGERSCHAP**
Beroepsziektewetgeving voor de privé-sector

VAK 1	Identiteit (invullen in hoofdletters a.u.b.)											
Naam (meisjesnaam)												
Voornaam (officiële voornaam)												
Straat en nummer												
									Nr.		Bus	
Gemeente en postcode (vermeld voor Brussel de deel- gemeente)											Postcode	
Geboortedatum (dag, maand, jaar)												
Taalrol (Nederlands-Frans-Duits)												
Telefoonnummer (thuis)												
Identificatienummer Rijksregister (zie keerzijde identiteitskaart)												

VAK 2	Naam en adres van uw ziekenfonds of kleeftbriefje											
Kleef hier het briefje van uw ziekenfonds of vul volgende gegevens in:												
naam van uw ziekenfonds:												
het ziekenfondsnummer:												
uw inschrijvingsnummer:												

Richtlijn voor de zwangere werknemers

Door onvoorziene omstandigheden kan u uw tijdelijke werkverwijdering vroeger moeten beëindigen dan voorzien. Het is noodzakelijk dat u het Fonds dan, zo vlug mogelijk, schriftelijk op de hoogte brengt. Doet u dat niet, dan loopt u het risico dat u reeds uitbetaalde vergoedingen zal moeten terugbetalen.

Verwittig het Fonds altijd in geval van:

- miskraam
- vroeggeboorte (d.i. een geboorte meer dan zeven weken vóór de vermoedelijke bevallingsdatum)
- werkherovating vóór de geboorte van uw kind
- stopzetting van de postenmutatie (uw tewerkstelling in een andere arbeidspost in het bedrijf, maar buiten het beroepsrisico wordt stopgezet. Die stopzetting gebeurt vroeger dan zeven weken vóór de vermoedelijke bevallingsdatum)

VAK 3	Inlichtingen betreffende uw huidige werkgever(s)	
		(antwoord met ja of neen)
1. Werkt u voltijds bij één werkgever?	.....	(indien ja, ga naar vak 4.1)
2. Werkt u deeltijds bij één werkgever?	.....	(indien ja, ga naar vak 4.2)
3. Werkt u deeltijds bij meer dan één werkgever?	.....	(indien ja, ga naar vak 4.3)
VAK 4	Inlichtingen betreffende uw tewerkstelling vóór de werkverwijdering	
VAK 4.1	U werkt VOLTIJDS bij EEN werkgever	
Naam en adres van uw werkgever ☎/.....	
Geef de datum van indiensttreding	__ / __ / ____	
Heeft u een contract van onbepaalde duur?	(antwoord met ja of neen)	
Indien neen, geef dan de begin- en einddatum van uw contract.	van __ / __ / ____ tot __ / __ / ____	
Geef de dagen en uren waarop u bij uw werkgever werkt. Duid per dag het aantal gepresteerde uren aan.	..... ..... .....
Welk beroep oefent u uit?	.....
In welke afdeling of dienst werkt u?	.....
Geef een korte taakomschrijving	..... ..... .....
VAK 4.2	U werkt DEELTIJDS bij EEN werkgever	
Naam en adres van uw werkgever ☎/.....	
Vanaf wanneer werkt u deeltijds bij deze werkgever?	vanaf __ / __ / ____	
Geef de dagen en uren waarop u bij uw werkgever werkt. Duid per dag het aantal gepresteerde uren aan.	..... ..... .....
Welk beroep oefent u uit?	.....
In welke afdeling of dienst werkt u?	.....
Geef een korte taakomschrijving	..... ..... .....

VAK 4.3		U werkt deeltijds bij MEER dan één werkgever	
Naam en adres van uw werkgevers		1)	
		
		
		2)	
		
		
		
Inlichtingen over werkgever nr. 1			
Vanaf welke datum werkt u deeltijds bij deze werkgever?		vanaf ___ / ___ / ___	
Geef de dagen en uren waarop u bij deze werkgever werkt. Duid per dag het aantal gepresteerde uren aan.		.....
Welk beroep oefent u uit?		.....
In welke afdeling of dienst werkt u?		.....
Geef een korte taakomschrijving		.....
Inlichtingen over werkgever nr. 2			
Vanaf welke datum werkt u deeltijds bij deze werkgever?		vanaf ___ / ___ / ___	
Geef de dagen en uren waarop u bij deze werkgever werkt. Duid per dag het aantal gepresteerde uren aan.		.....
Welk beroep oefent u uit?		.....
In welke afdeling of dienst werkt u?		.....
Geef een korte taakomschrijving		.....
VAK 5		Sociale toestand indien u deeltijds werkt	
5.1 Geniet u naast uw loon voor uw deeltijdse prestatie ook nog een sociale tegemoetkoming?		(antwoord met ja of nee)	(vul de periode of de begindatum ervan in)
- een ziekte- of invaliditeitsvergoeding?		.....	van ___ / ___ / ___ tot ___ / ___ / ___
- een werkloosheidsuitkering?		.....	vanaf ___ / ___ / ___
- een vergoeding wegens loopbaanonderbreking?		.....	vanaf ___ / ___ / ___
- een vergoeding wegens arbeidsongeval?		.....	vanaf ___ / ___ / ___
- een andere vergoeding?.....		.....	vanaf ___ / ___ / ___
5.2 Naam en adres van de instelling die u deze sociale tegemoetkoming uitkeert? (voeg desgevallend een attest bij a.u.b.)		.....
		
		

VAK 6	Gegevens omtrent de verwijdering uit het risico van beroepsziekte	
1. Werd u overgeplaatst naar een andere arbeidspost in het bedrijf buiten het risico (postenmutatie)?	<i>(antwoord met ja of neen)</i>	
Indien ja, vanaf wanneer?	vanaf ___ / ___ / ___	
Omschrijf de aard van de nieuwe arbeidspost	..... ..... .....
2. Werd u verwijderd uit het risico door een werkstopzetting?	<i>(antwoord met ja of neen)</i>	
Indien ja, vermeld:	.....
- de datum van de laatste effectieve arbeidsdag	___ / ___ / ___	
- de ingangsdatum van de verwijdering	___ / ___ / ___	
3. De ingangsdatum van de verwijdering volgt niet onmiddellijk op de laatste effectieve arbeidsdag: welke was uw sociale toestand (ziekte, vakantie, recuperatie, enz...) tussen deze twee data?	..... ..... .....
VAK 7	Verklaring van de aanvrager	
Ik ondergetekende verzoek om schadeloosstelling wegens verwijdering uit het risico van beroepsziekte. Ik bevestig op mijn eer dat deze verklaring oprecht en volledig is. Ik voeg bij deze aanvraag het formulier 523N, ingevuld door de geneesheer.		
Gedaan te		
___ / ___ / ___ (datum)	..... (handtekening)	

De wet verwerking persoonsgegevens van 8 december 1992 is van toepassing op de verwerking van de gegevens verzameld aan de hand van bijgevoegde formulieren. Deze gegevens worden verzameld op grond van de beroepsziekteverzekering. Deze gegevens zullen worden verwerkt door en onder de verantwoordelijkheid van het Fonds voor de beroepsziekten, Sierrinkundelaan 1, 1210 Brussel voor de toepassing van de sociale zekerheid, inzonderheid voor de schadeloosstelling van een beroepsziekte.

Als u wenst kennis te nemen van de gegevens over u of als u ze wenst te laten verbeteren kan u zich schriftelijk richten tot het centrum voor signaleerke gegevens bij het Fonds voor de beroepsziekten.

FONDS VOOR DE BEROEPSZIEKTEN

Sterrenkundelaan 1
1210 BRUSSEL

Tel. 02/226.62.11

Fax 02/219.19.33

523N

**MEDISCH GETUIGSCHRIFT TE VOEGEN BIJ DE AANVRAAG OM TIJDELIJKE VERWIJDERING UIT
HET RISICO VAN BEROEPSZIEKTE WEGENS ZWANGERSCHAP**
 Beroepsziektewetgeving voor de privé-sector

 Ondergetekende....., dokter in de geneeskunde, verklaart de persoon
 waarvan de identiteit vermeld wordt in vak 1 onderzocht te hebben. Ik stel een verwijdering uit het risico voor.

VAK 1	Identiteit (invullen in hoofdletters a.u.b.)	
Naam (<i>meisjesnaam</i>)		
Voornaam (<i>officiële voornaam</i>)		
Straat en nummer (<i>evt. busnummer</i>)		
Postcode en gemeente		
Geboortedatum (<i>dag, maand, jaar</i>)		
VAK 2	Gegevens omtrent de zwangerschap	
◊ Datum laatste menstruatie	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
◊ Vermoedelijke bevallingsdatum	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
VAK 3	Gegevens omtrent de risico's waaruit de aanvrager verwijderd wordt	
Naam en adres van de werkgever	..... ..... .....
Beroep van de werknemer	.....
Uit welk risico moet de aanvrager verwijderd worden? (<i>zie de lijst van de erkende beroepsziekten in bijlage</i>)	..... ..... .....
Is de verwijdering specifiek gericht op:	<i>(antwoord met ja of neen)</i>	
- het risico van cytomegalavirusinfectie? <i>(indien ja, vermeld de resultaten van de antistoffenbepaling of voeg de uitslag bij)</i>	..... ..... .....
- het risico van hepatitis B? <i>(Indien ja, preciezer of belanghebbende geïmmuniseerd is tegen hepatitis B? Voeg indien beschikbaar de recente uitslagen van de antistoffenbepaling bij)</i>	..... ..... .....
..... <i>(naam en adres van de (bedrijfs)geneesheer of van de (inter)bedrijfsgeneeskundige dienst)</i>	_ _ / _ _ / _ _ _ _ <i>(datum)</i>	
..... <i>(handtekening)</i>	..... ..... .....

LIJST VAN DE BEROEPSZIEKTEN DIE AANLEIDING GEVEN TOT SCHADELOOSSTELLING

1.1	Beroepsziekten veroorzaakt door de volgende chemische agentia:	1.3	Beroepsziekten welke zijn ontstaan door het inademen van stoffen en agentia welke niet onder andere posten zijn opgenomen
1.101	Arsenicum of -verbindingen	1.301	Pneumociosen:
1.102	Beryllium of -verbindingen	1.301.11	Silicose
1.103.01	Koolmonoxyde	1.301.12	Silicose met longtuberculose
1.103.02	Koolstofdioxide	2.301.01	Gravitose
1.103.03	Cyaanwaterstofzuur	1.301.21	Asbestose
1.103.04	Cyaniden	1.301.22	Asbestose met longtuberculose
1.103.05	Cyanogeenverbindingen	1.301.23	Asbestose met longkanker
1.104	Cadmium of -verbindingen	1.301.24	Pneumociosen veroorzaakt door stof van silicaten
1.105	Chroom of -verbindingen	1.302	Aandoeningen van de bronchiën en de longen veroorzaakt door stof of rook van aluminium of -verbindingen
1.106	Kwik of -verbindingen	1.303	Aandoeningen van de bronchiën veroorzaakt door stof van harde metalen
1.107	Mangaan of -verbindingen	1.304	Aandoeningen van de bronchiën en de longen veroorzaakt door stof van Thomasslakken
1.108.01	Salpeterzuur	1.305.01	Allergische ademhalingsstoornissen in het arbeidsmilieu veroorzaakt door de houtsoorten teak en kamballa
1.108.02	Sulfatsoxyden	1.305.02	Farinosis
1.108.03	Ammoniak	1.305.03.01	Allergische ademhalingsstoornissen in het arbeidsmilieu door hout
1.109	Nikkel of -verbindingen	1.305.03.02	Allergische ademhalingsstoornissen in het arbeidsmilieu veroorzaakt door antibiotica
1.110	Fosfor of -verbindingen	1.305.04	Allergische ademhalingsstoornissen in het arbeidsmilieu veroorzaakt door proteolytische enzymen
1.111	Lood of -verbindingen	1.305.05.01	Extrinsieke allergische alveolitis
1.112.01	Zwaveloxyden	1.305.05.02	Siderose
1.112.02	Zwavelzuur	2.306.01	Kankerachtige aandoeningen van de bovenste luchtwegen veroorzaakt door houtstof
1.112.03	Zwavelwaterstof	2.306.02	Longziekten veroorzaakt door het inademen van stof van katoen, vlas, hennep, jute, sisal en bagasse
1.112.04	Zwavelkoolstof	9.307	Mesothelioom veroorzaakt door asbest
1.113	Thallium of -verbindingen	1.4	Infectieziekten en door parasieten verwekte ziekten welke verhand houden met de uitoefening van bepaalde beroepen
1.114	Vanadium of -verbindingen	1.401	Wormziekten veroorzaakt door:
1.115.01	Chloor	1.401.01	Ankylostoma duodenale of Necator americanus
1.115.02	- zijn anorganische verbindingen	1.402	Tropische beroepsziekten:
1.115.03	Bronn	1.401.02	Anguillula intestinalis (Strongyloides stercoralis)
1.115.04	- zijn anorganische verbindingen	1.402.01	Malaria
1.115.05	Iodijum	1.402.02	Amoebendysenterie
1.115.06	- zijn anorganische verbindingen	1.402.03	Slaanziekte
1.115.07	Fluor of -verbindingen	1.402.04	Knokkelkoorts (Dengue)
1.116	Alifatische of alicyclische koolwaterstoffen die bestanddelen zijn van petroleumether en benzine (Petroleumether en benzine zijn vloeibare petroleumdistillaten waarvan het kookpunt de 200 graden Celsius niet te boven gaat)	1.402.05	Pappatacicoorts
1.117	Halogeenderivaten van alifatische of alicyclische koolwaterstoffen	1.402.06	Malfakcoorts
1.118.01	Alcoholen	1.402.07	Febris Recurrens
1.118.02	- hun halogeenderivaten	1.402.08	Gele koorts
1.118.03	Glycolen	1.402.09	Pest
1.118.04	- hun halogeenderivaten	1.402.10	Leishmaniose
1.118.05	Ethers	1.402.11	Framboesia
1.118.06	- hun halogeenderivaten	1.402.12	Lepra
1.118.07	Ketonen	1.402.13	Vlektyphus
1.118.08	- hun halogeenderivaten	1.402.14	Andere Rickettsiosen
1.118.09	Organische esters	1.402.15	Bilharziose
1.118.10	- hun halogeenderivaten	1.402.16	Shigellose
1.119.01	Organische zuren	1.402.17	Filariose
1.119.02	Aldehyden	1.403.01	Infectieziekten of door parasieten veroorzaakte ziekten die op de mens worden overgezet door dieren of dierlijke oorslijfselen
1.119.021	Methanal (formaldehyde)	1.403.02	Tetanus
1.119.03	- met inbegrip van de amidische derivaten	1.403.03	Hepatitis A van het personeel blootgesteld aan contact met afvalwater dat door faecalien bezoedeld is
1.120.01	Alifatische nitroderivaten	1.404.01	Tuberculose bij leden van het personeel werkzaam op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, geneeskundige verzorging, verpleging aan huis, wetenschappelijk onderzoek en andere professionele activiteiten in verzorgingsinstellingen waar een verhoogd infectiesico bestaat
1.120.02	Salpeterzuur esters	1.404.02	Virale hepatitis bij leden van het personeel werkzaam op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, geneeskundige verzorging, verpleging aan huis, wetenschappelijk onderzoek en andere professionele activiteiten in verzorgingsinstellingen waar een verhoogd infectiesico bestaat
1.121.01	Benzeen of	1.404.03	Andere infectieziekten bij de leden van het personeel dat werkzaam is op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, geneeskundige verzorging, verpleging aan huis of laboratoriumwerk en andere professionele activiteiten in verzorgingsinstellingen waar een verhoogd infectiesico bestaat
1.121.02	- zijn homologen (de homologen van benzeen worden bepaald door de formule: C _n H _{2n-6})	1.6	Door fysische agentia veroorzaakte beroepsziekten
1.121.03	Naftalenen of	1.601	Ziekten veroorzaakt door ioniserende stralingen
1.121.04	- hun homologen (de naftalenen homologen worden bepaald door de formule: C _n H _{2n-12})	1.602	Staar veroorzaakt door warmtestralen
1.122	Halogeenderivaten van aromatische koolwaterstoffen	1.603	Hypocousie of doofheid ten gevolge van het lawaai
1.123.01	Fenolen of homologen of	1.604	Aandoeningen ten gevolge van compressie of decompressie van de omliggende atmosfeer
1.123.02	- hun halogeenderivaten	1.605.01	Been- en gewrichtsziekten of
1.123.03	Thiofenolen of homologen of	1.605.02	angioneurotische ziekten veroorzaakt door vibrerende instrumenten
1.123.04	- hun halogeenderivaten	1.606.11	Aandoeningen van de periarthculaire slijmbeurzen als gevolg van druk, onderhuidse cellulitis
1.123.05	Naftalenen of homologen of	1.606.21	Aandoeningen door overmatige inspanning van peescheden, van het weefsel van peescheden en van inplantingen van spieren en pezen bij de schouwgelarticulaties
1.123.06	- hun halogeenderivaten	1.606.41	Afscheuring door overmatige inspanning van doornvormige beensuiteeksel
1.123.07	Halogeenderivaten van alkylaryloxyden	1.606.51	Zenuwverlamming door druk
1.123.08	Halogeenderivaten van alkylarylsulfiden	1.607	Mijnwerkersnystagmus
1.123.09	Benzochinon		
1.124.01	Aromatische aminen of aromatische hydrazinen of		
1.124.02	- hun halogeenderivaten, fenol-, nitro-, nitroso- of sulfonderivaten		
1.125.01	Nitroderivaten van aromatische koolwaterstoffen		
1.125.02	Nitroderivaten van fenolen of hun homologen		
1.130	Zink en -verbindingen		
1.132	Platina en -verbindingen		
2.107	Alifatische koolwaterstoffen niet bedoeld onder 1.116		
2.108.01	Carbazol of -verbindingen		
9.201.09	Bijprodukten van de steenkooldestillatie		
1.202	Huidaandoeningen in het arbeidsmilieu veroorzaakt door stoffen welke niet onder andere posten werden opgenomen		
1.201	Huidaandoeningen en huidkanker veroorzaakt door:		
1.201.01	Roet		
1.201.02	Teer		
1.201.03	Bitumen		
1.201.04	Pek		
1.201.05	Anthracen of -verbindingen		
1.201.06	Minerale oliën		
1.201.07	Ruwe paraffine of de verbindingen van de paraffine		
9.201.08	Carbazol of -verbindingen		
9.201.09	Bijprodukten van de steenkooldestillatie		
1.202	Huidaandoeningen in het arbeidsmilieu veroorzaakt door stoffen welke niet onder andere posten werden opgenomen		

FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES			
Avenue de l'Astronomie 1			
1210 BRUXELLES	TEL:02/226.62.11	Fax 02/219.19.33	521F

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ECARTEMENT TEMPORAIRE DU RISQUE DE
MALADIE PROFESSIONNELLE EN RAISON D'UNE GROSSESSE**
Legislation relative aux maladies professionnelles du secteur privé

CASE 1	Identité (à compléter en majuscules s.v.p.)
Nom (<i>nom de jeune fille</i>)	
Prénom (<i>prénom officiel</i>)	
Rue et numéro	
	N° Bte
Commune et code postal (pour Bruxelles précisez la commune)	Code postal
Date de naissance (<i>jour, mois, année</i>)	
Rôle linguistique (français - néerlandais - allemand)	
Numéro de téléphone (<i>du domicile</i>)	
N° d'identification au Registre national (<i>figure au verso de votre carte d'identité</i>)	

CASE 2	Nom et adresse de votre mutualité ou vignette
Collez ici la vignette de votre mutualité ou indiquez les données suivantes:	
nom de votre mutualité:	
numéro de votre mutualité:	
votre numéro d'affiliation:	

Note à la requérante

Il se peut qu'en raison de circonstances imprévues votre écartement temporaire prenne fin plus tôt que prévu. Dans ce cas, avertissez le Fonds par écrit, le plus rapidement possible.
Vous éviterez ainsi de percevoir indûment des indemnités que vous devrez rembourser par la suite.

Avertissez toujours le Fonds en cas de:

- fausse couche
- naissance prématurée (c.à.d. si la naissance a lieu plus de sept semaines avant la date présumée de l'accouchement)
- reprise du travail avant la naissance de votre enfant
- cessation de la mutation de poste (votre activité dans un autre poste de travail à l'entreprise, en dehors du risque a pris fin. Cet arrêt du travail se fait plus de sept semaines avant la date présumée de l'accouchement)

CASE 3		Informations concernant votre (vos) employeur(s) actuel(s)
1. Travaillez-vous à temps plein chez un employeur?		(répondez par oui ou non) (si oui, passez à la case 4.1)
2. Travaillez-vous à temps partiel chez un employeur?		..... (si oui, passez à la case 4.2)
3. Travaillez-vous à temps partiel chez plus d'un employeur?		..... (si oui, passez à la case 4.3)
CASE 4		Informations concernant votre occupation professionnelle avant l'écartement du risque
CASE 4.1		Vous travaillez A TEMPS PLEIN chez UN employeur
Nom et adresse de votre employeur	 ☎/.....
En service depuis?		__ / __ / ____
Avez-vous un contrat à durée indéterminée?		(répondez par oui ou non)
Si non, indiquez la date de début et de fin.		du __ / __ / ____ au __ / __ / ____
Indiquez les jours et les heures prestés chez votre employeur. Indiquez le nombre d'heures prestées par jour.		..... .....
Quel est votre métier?		.....
Dans quelle section ou service travaillez-vous?		.....
Donnez une brève description de votre poste de travail		..... .....
CASE 4.2		Vous travaillez A TEMPS PARTIEL chez UN employeur
Nom et adresse de votre employeur	 ☎/.....
Depuis quelle date travaillez-vous à temps partiel chez cet employeur?		du __ / __ / ____
Indiquez les jours et les heures prestés chez votre employeur. Indiquez le nombre d'heures prestées par jour.		..... .....
Quel est votre métier?		.....
Dans quelle section ou service travaillez-vous?		.....
Donnez une brève description de votre poste de travail		..... .....

CASE 4.3		Vous travaillez à temps partiel chez PLUS d'un employeur?	
Nom et adresse de vos employeurs		1) .....	.....
	
	
	
	
	
	
Informations concernant l'employeur n° 1			
Depuis quelle date travaillez-vous à temps partiel chez cet employeur?		depuis le ___ / ___ / ___	
Indiquez les jours et les heures prestés chez cet employeur. Indiquez le nombre d'heures prestées par jour.		.....
.....		
.....		
Quel est votre métier?		.....
Dans quelle section ou service travaillez-vous?		.....
.....		
Donnez une brève description de votre poste de travail		.....
.....		
Informations concernant l'employeur n° 2			
Depuis quelle date travaillez-vous à temps partiel chez cet employeur?		depuis le ___ / ___ / ___	
Indiquez les jours et les heures prestés chez cet employeur. Indiquez le nombre d'heures prestées par jour.		.....
.....		
.....		
Quel est votre métier?		.....
Dans quelle section ou service travaillez-vous?		.....
.....		
Donnez une brève description de votre poste de travail		.....
.....		
CASE 5		Situation sociale si vous travaillez à temps partiel	
5.1 Bénéficiez-vous de prestations sociales en plus du salaire correspondant à vos prestations à temps partiel?		(répondez par oui ou non)	(complétez la période ou indiquez la date de début)
- une indemnité pour maladie/invalidité?		.....	du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___
- une allocation de chômage?		.....	du ___ / ___ / ___
- une allocation d'interruption de carrière?		.....	du ___ / ___ / ___
- une indemnité pour accident de travail?		.....	du ___ / ___ / ___
- une autre indemnité?.....		.....	du ___ / ___ / ___
5.2 Nom et adresse de l'organisme qui octroie ces prestations? (si possible, joignez une attestation s.v.p.)		.....
.....		
.....		

CASE 6	Données concernant l'écartement du risque de maladie professionnelle
<p>1. Est-ce que vous avez été mutée à un autre poste de travail dans l'entreprise n'exposant pas au risque (mutation de poste)?</p> <p>Si oui, à partir de quelle date?</p> <p>Indiquez la nature du nouveau poste de travail</p>	<p>(répondez par oui ou non)</p> <p>.....</p> <p>depuis le ___ / ___ / ___</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. Est-ce que vous avez été écartée du risque par cessation de l'activité?</p> <p>Si oui, mentionnez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la date du dernier jour de travail effectif - la date de début de l'écartement 	<p>(répondez par oui ou non)</p> <p>.....</p> <p>___ / ___ / ___</p> <p>___ / ___ / ___</p>
<p>3. La date du début de l'écartement ne suit pas immédiatement le dernier jour de travail effectif: quelle était votre situation sociale (maladie, congé, en récupération, etc...) entre ces deux dates?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
CASE 7	Déclaration de la requérante
<p>Je soussignée demande une réparation pour l'écartement du risque de maladie professionnelle. Je confirme sur l'honneur que la présente déclaration est véritable et complète. Je joins à cette demande un formulaire 523F, complété par le médecin.</p> <p>Fait à</p> <p>___ / ___ / ___ (date) (signature)</p>	

La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel s'applique au traitement de données recueillies sur base du présent formulaire. Les données sont recueillies sur base de la législation relative à l'assurance maladies professionnelles. Ces données sont traitées par et sous la responsabilité du Fonds des maladies professionnelles, avenue de l'Astronomie, 1 à 1210 Bruxelles pour l'application de la sécurité sociale, en particulier pour la réparation d'une maladie professionnelle.

Si vous souhaitez prendre connaissance des données vous concernant ou si vous souhaitez les faire rectifier, veuillez vous adresser par écrit au Centre des données signalétiques du Fonds des maladies professionnelles.

FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLESAvenue de l'Astronomie, 1
1210 BRUXELLES Tél.02/226.62.11

Fax 02/219.19.33

523F

**ATTESTATION MEDICALE A JOINDRE A LA DEMANDE D'ECARTEMENT TEMPORAIRE DU RISQUE
DE MALADIE PROFESSIONNELLE EN RAISON D'UNE GROSSESSE**
Legislation relative aux maladies professionnelles du secteur privé


Je soussigné....., docteur en médecine, déclare avoir examiné la personne mentionnée à la case 1. Je propose l'écartement du risque.

CASE 1	Identité (à compléter en majuscules s.v.p.)	
Nom (<i>nom de jeune fille</i>)		
Prénom (<i>prénom officiel</i>)		
Rue et numéro (<i>évt. boîte postale</i>)		
Code postal et commune		
Date de naissance (<i>jour, mois, année</i>)		
CASE 2	Données concernant la grossesse	
◊ Date des dernières règles	_ _ / _ _ / _ _	
◊ Date présumée de l'accouchement	_ _ / _ _ / _ _	
CASE 3	Données concernant les risques desquels la requérante est écartée	
Nom et adresse de l'employeur	..... ..... .....
Profession de la requérante	.....
De quel risque doit-on écarter la requérante? (<i>cfr. la liste des maladies professionnelles en annexe</i>)	..... ..... .....
L'écartement se rapporte-t-il spécifiquement:		(répondez par oui ou non)
- au risque d'infection par cytomégalo-virus? (<i>si oui, mentionnez ou annexez les résultats du titrage des anticorps</i>)		..... ..... .....
- au risque d'infection par hépatite B? (<i>si oui, précisez si l'intéressée est immunisée contre l'hépatite B? Joignez, si vous en disposez, les résultats d'un titrage récent des anticorps</i>)		..... ..... .....
..... (nom et adresse du médecin (du travail) ou du service médical (inter)entreprises)		_ _ / _ _ / _ _ (date)
		..... (signature)

LISTE DES MALADIES PROFESSIONNELLES DONNANT LIEU A REPARATION

1.1	Maladies professionnelles provoquées par les agents chimiques suivants	1.3	Maladies professionnelles provoquées par l'inhalation de substances et agents non compris sous d'autres positions
1.101	Arsenic ou ses composés	1.301	Pneumoconioses:
1.102	Beryllium (glucinium) ou ses composés	1.301.11	Silicose
1.103.01	Oxyde de carbone	1.301.12	Silicose associée à la tuberculose pulmonaire
1.103.02	Oxychlorure de carbone	2.301.01	Graphitose
1.103.03	Acide cyanhydrique	1.301.21	Asbestose
1.103.04	Cyanures	1.301.22	Asbestose associée à la tuberculose pulmonaire
1.103.05	Composés du cyanogène	1.301.23	Asbestose associée à un cancer du poulmon
1.104	Cadmium ou ses composés	1.301.23	Pneumoconioses dues aux poussières de silicates
1.105	Chrome ou ses composés	1.301.24	Affections broncho-pulmonaires dues aux poussières ou fumées d'aluminium ou de ses composés
1.106	Mercurure ou ses composés	1.302	Affections broncho-pulmonaires dues aux poussières de métaux durs
1.107	Manganèse ou ses composés	1.303	Affections broncho-pulmonaires causées par les poussières de scories Thomas
1.108.01	Acide nitrique	1.304	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par les bois de teck et de kamballa
1.108.02	Oxydes d'azote	1.305.01	Farinose
1.108.03	Ammoniaque	1.305.02	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par le bois
1.109	Nickel ou ses composés	1.305.03.01	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par les antibiotiques
1.110	Phosphore ou ses composés	1.305.04	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par les enzymes protéolytiques
1.111	Plomb ou ses composés	1.305.05.01	Alvéolite allergique extrinsèque
1.112.01	Oxydes de soufre	1.305.05.02	Siderose
1.112.02	Acide sulfurique	2.306.01	Affections cancéreuses des voies respiratoires supérieures provoquées par les poussières de bois
1.112.03	Hydrogène sulfuré	2.306.02	Maladies pulmonaires provoquées par l'inhalation de poussières de coton, de lin, de chanvre, de jute, de sisal et de bagasse
1.112.04	Sulfure de carbone	9.307	Mésothéliome provoqué par l'amiante
1.113	Thallium ou ses composés	1.4	Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires
1.114	Vanadium ou ses composés	1.401	Maladies parasitaires:
1.115.01	Chlore,	1.401.01	Ankylostomiase
1.115.02	ses composés inorganiques	1.401.02	Anguillule de l'intestin (<i>Strongyloides stercoralis</i>)
1.115.03	Brome,	1.402	Maladies tropicales:
1.115.04	ses composés inorganiques	1.402.01	Paludisme
1.115.05	Iode,	1.402.02	Amibiase
1.115.06	ses composés inorganiques	1.402.03	Trypanosomiase
1.115.07	Fluor ou ses composés	1.402.04	Dengue
1.116	Hydrocarbures aliphatiques ou alicycliques constituants de l'éther de pétrole et de l'essence (l'éther de pétrole et l'essence sont des distillats liquides du pétrole et dont le point d'ébullition est inférieur ou égal à 200 degrés centigrades)	1.402.05	Fièvre à pappataci
1.117	Dérivés halogénés des hydrocarbures aliphatiques ou alicycliques	1.402.06	Fièvre de Malte
1.118.01	Alcools,	1.402.07	Fièvre récurrente
1.118.02	leurs dérivés halogénés	1.402.08	Fièvre jaune
1.118.03	Glycols,	1.402.09	Peste
1.118.04	leurs dérivés halogénés	1.402.10	Leishmaniose
1.118.05	Ethers,	1.402.11	Rien
1.118.06	leurs dérivés halogénés	1.402.12	Lèpre
1.118.07	Cétones,	1.402.13	Typhus exanthématique
1.118.08	leurs dérivés halogénés	1.402.14	Autres rickettsioses
1.118.09	Esters organiques,	1.402.15	Bilharziose
1.118.10	leurs dérivés halogénés	1.402.16	Shigellose
1.119.01	Acides organiques	1.402.17	Filariose
1.119.02	Aldéhydes	1.403.01	Maladies infectieuses ou parasitaires transmises à l'homme par des animaux ou débris d'animaux
1.119.02.1	Méthanal (formaldéhyde)	1.403.02	Létanos
1.119.03	y compris leurs dérivés amidiques	1.403.03	Hépatite A du personnel exposé au contact avec des eaux usées contaminées par des matières fécales
1.120.01	Nitrodérivés aliphatiques	1.404.01	Tuberculose chez le personnel s'occupant de prévention, soins, assistance à domicile, recherches et autres activités professionnelles dans des institutions de soins où un risque accru d'infection existe
1.120.02	Esters de l'acide nitrique	1.404.02	Hépatite virale chez le personnel s'occupant de prévention, soins, assistance à domicile, recherches et autres activités professionnelles dans des institutions de soins où un risque accru d'infection existe
1.121.01	Benzène ou	1.404.03	Autres maladies infectieuses du personnel s'occupant de prévention, soins, assistance à domicile ou travaux de laboratoire et autres activités professionnelles dans des institutions de soins où un risque accru d'infection existe
1.121.02	ses homologues (les homologues du benzène sont définis par la formule: C _n H _{2n-6})	1.6	Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques
1.121.03	Naphtalènes ou	1.601	Maladies provoquées par les radiations ionisantes
1.121.04	leurs homologues (les homologues de naphtalène sont définis par la formule: C _n H _{2n-12})	1.602	Cataracte provoquée par le rayonnement thermique
1.122	Dérivés halogénés des hydrocarbures aromatiques	1.603	Hypoacousie ou surdité provoquée par le bruit
1.123.01	Phénols ou homologues ou	1.604	Affections provoquées par la compression ou la décompression atmosphérique
1.123.02	leurs dérivés halogénés	1.605.01	Maladies ostéo-articulaires ou
1.123.03	Thiophénols ou homologues ou	1.605.02	Angio-neurotiques provoquées par les vibrations mécaniques
1.123.04	leurs dérivés halogénés	1.606.11	Maladies des bourses périarticulaires dues à des pressions, cellulites sous-cutanées
1.123.05	Naphtols ou homologues ou	1.606.21	Maladies dues au surmenage des gaines tendineuses, du tissu péri-tendineux, des inscriptions musculaires et tendineuses chez les artistes du spectacle
1.123.06	leurs dérivés halogénés	1.606.41	Arrachement par surmenage des apophyses épineuses
1.123.07	Dérivés halogénés des alkylaryloxydes	1.606.51	Paralysies des nerfs dues à la pression
1.123.08	Dérivés halogénés des alkylarylsulfures	1.607	Nystagmus des mineurs
1.123.09	Benzoquinone		
1.124.01	Amines aromatiques ou hydrazines aromatiques ou		
1.124.02	leurs dérivés halogénés, phénoliques, nitrosés, nitrés ou sulfonés		
1.125.01	Nitrodérivés des hydrocarbures aromatiques		
1.125.02	Nitrodérivés des phénols ou de leurs homologues		
1.130	Zinc et composés		
1.132	Platine et composés		
2.107	Hydrocarbures aliphatiques autres que ceux visés sous 1.116		
2.108.01	Amines aliphatiques		
2.110.01	Vinylbenzène (styrène)		
9.101	Terpènes		
9.102	Cobalt ou composés du cobalt		
1.2	Maladies professionnelles de la peau causées par des substances et agents non compris sous d'autres positions		
1.201	Affections cutanées et cancers cutanés dus:		
1.201.01	à la suite		
1.201.02	au goudron		
1.201.03	au bitume		
1.201.04	au brai		
1.201.05	à l'anthracène ou ses composés		
1.201.06	aux huiles minérales		
1.201.07	à la paraffine brute ou aux composés de la paraffine		
9.201.08	au carbazol ou ses composés		
9.201.09	aux sous-produits de la distillation de la houille		
1.202	Affections cutanées provoquées dans le milieu professionnel par des substances non considérées sous d'autres positions		

SEIBROE

FONDS FÜR BERUFSKRANKHEITEN							
Sterrenkundelaan 1 1210 BRÜSSEL		Tel. 02/226.62.11		Fax 02/219.19.33		521D	

**ANTRAGSFORMULAR FÜR DIE ZEITWEISE ENTFERNUNG EINER SCHWANGEREN
ARBEITNEHMERIN AUS EINER GESUNDHEITSSCHÄDLICHEN UMGEBUNG**
Berufskrankheitsgesetzgebung für den Privatsektor

FACH 1	Identität (bitte in Blockschrift ausfüllen)
Name (Mädchenname)	
Vorname (offizieller Vorname)	
Straße und Hausnummer	
	Nr. Briefkasten
Gemeinde und Postleitzahl (für Brüssel die Teilgemeinde erwähnen)	Postleitzahl
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	
Sprache (Deutsch - Niederländisch- Französisch)	
Kennnummer im Nationalregister (siehe Rückseite Ihres Personalausweises)	

FACH 2	Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse oder Aufkleber
<p align="center">Kleben Sie hier einen Aufkleber Ihrer Krankenkasse, oder tragen Sie folgenden Angaben ein:</p> <p>Name Ihrer Krankenkasse:.....</p> <p>Die Krankenkassennummer:.....</p> <p>Ihre Einschreibungsnummer:.....</p>	

Richtlinie für die schwangere Arbeitnehmerin

Durch unvorhergesehene Umstände kann es vorkommen, daß Ihre zeitweise Entfernung von Ihrem Arbeitsplatz früher endet, als vorzusehen war.
In diesem Fall müssen Sie den Fonds so schnell wie möglich schriftlich benachrichtigen.
Tun Sie das nicht, dann laufen Sie Gefahr, schon ausbezahlte Entschädigungen zurückzahlen zu müssen.

Benachrichtigen Sie immer den Fonds bei:

- Fehlgeburt
- Frühgeburt (d.h. bei einer Geburt, die mehr als sieben Wochen vor der vermutlichen Niederkunft stattfindet)
- Wiederaufnahme der Arbeit vor der Geburt Ihres Kindes
- Ende des Arbeitsplatzwechsels (Ihre Beschäftigung an einem anderen Arbeitsplatz im Betrieb, aber außerhalb des Risikos, wird beendet. Diese Beendigung findet mehr als sieben Wochen vor der vermutlichen Niederkunft statt)

FACH 3	Informationen über Ihre(n) heutigen Arbeitgeber	
1. Arbeiten Sie vollzeitig bei einem Arbeitgeber?	(antworten Sie mit Ja oder Nein) (wenn ja, gehen Sie zu Fach 4.1)	
2. Arbeiten Sie teilzeitig bei einem Arbeitgeber?	..... (wenn ja, gehen Sie zu Fach 4.2)	
3. Arbeiten Sie teilzeitig bei mehr als einem Arbeitgeber?	..... (wenn ja, gehen Sie zu Fach 4.3)	
FACH 4	Informationen über Ihre Beschäftigung vor der Entfernung vom Arbeitsplatz	
FACH 4.1	Sie arbeiten VOLLZEITIG bei EINEM Arbeitgeber	
Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers ☎ /	
Geben Sie das Einstellungsdatum an	__ / __ / ____	
Haben Sie einen Arbeitsvertrag auf unbestimmte Zeit? Wenn nicht, geben Sie das Anfangs- und Enddatum Ihres Vertrages an.	(antworten Sie mit Ja oder Nein) vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____	
Geben Sie an, wieviel Tage und Stunden Sie bei Ihrem Arbeitgeber arbeiten. Geben Sie die Anzahl geleisteter Stunden pro Tag an.	..... .....
Welchen Beruf üben Sie aus?	.....
In welchem Betriebsbereich oder in welcher Abteilung arbeiten Sie?	.....
Umschreiben Sie kurz Ihre Aufgabe	..... .....
FACH 4.2	Sie arbeiten TEILZEITIG bei EINEM Arbeitgeber	
Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers ☎ /	
Seit wann arbeiten Sie teilzeitig bei diesem Arbeitgeber?	seit dem __ / __ / ____	
Geben Sie an, wieviel Tage und Stunden Sie bei Ihrem Arbeitgeber arbeiten. Geben Sie die Anzahl geleisteter Stunden pro Tag an.	..... .....
Welchen Beruf üben Sie aus?	.....
In welchem Betriebsbereich oder in welcher Abteilung arbeiten Sie?	.....
Umschreiben Sie kurz Ihre Aufgabe	..... .....

FACH 4.3 Sie arbeiten teilzeitig bei MEHR als einem Arbeitgeber	
Name und Anschrift Ihrer Arbeitgeber	1) 2)
Informationen über Arbeitgeber Nr. 1	
Seit wann arbeiten Sie teilzeitig bei diesem Arbeitgeber?	seit dem ___ / ___ / ___
Geben Sie an, wieviel Tage und Stunden Sie bei diesem Arbeitgeber arbeiten. Geben Sie die Anzahl geleisteter Stunden pro Tag an.	..... ..... .....
Welchen Beruf üben Sie aus?	.....
In welchem Betriebsbereich oder in welcher Abteilung arbeiten Sie?	..... .....
Umschreiben Sie kurz Ihre Aufgabe	..........
Informationen über Arbeitgeber Nr. 2	
Seit wann arbeiten Sie teilzeitig bei diesem Arbeitgeber?	seit dem ___ / ___ / ___
Geben Sie an, wieviel Tage und Stunden Sie bei diesem Arbeitgeber arbeiten. Geben Sie die Anzahl geleisteter Stunden pro Tag an.	..... ..... .....
Welchen Beruf üben Sie aus?	.....
In welchem Betriebsbereich oder in welcher Abteilung arbeiten Sie?	..... .....
Umschreiben Sie kurz Ihre Aufgabe	..........
FACH 5 Soziallage, falls Sie teilzeitig arbeiten	
5.1 Beziehen Sie neben Ihrem Lohn für Ihre Teilzeitarbeit noch Sozialleistungen?:	(antworten Sie mit Ja oder Nein)
- Krankengeld oder eine Invaliditätsrente?	..... vom ___ / ___ / ___ bis zum ___ / ___ / ___
- Arbeitslosenunterstützung?	..... seit dem ___ / ___ / ___
- eine Vergütung wegen Unterbrechung der beruflichen Laufbahn?	..... seit dem ___ / ___ / ___
- eine Vergütung wegen eines Arbeitsunfalls?	..... seit dem ___ / ___ / ___
- eine andere Vergütung?.....	..... seit dem ___ / ___ / ___
5.2 Einrichtung, die Ihnen diese Sozialleistungen auszahlt (bitte fügen Sie gegebenenfalls ein Attest bei)	..... ..... .....

FACH 6	Auskünfte über die Abwendung des Berufskrankheitsrisiko	
<p>1. Sind Sie auf einen anderen Arbeitsplatz im Betrieb außerhalb des Risikos versetzt worden (Arbeitsplatzwechsel)</p> <p>Wenn ja, seit wann?</p> <p>Beschreiben Sie genau den neuen Arbeitsplatz</p>	<p>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</p> <p>.....</p> <p>seit dem __ / __ / ____</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>2. Ist das Risiko durch Einstellen der Arbeit von Ihnen abgewendet worden?</p> <p>Wenn ja, geben Sie an:</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Datum des letzten effektiven Arbeitstages - das Datum, ab dem das Risiko abgewendet war 	<p>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</p> <p>.....</p> <p>__ / __ / ____</p> <p>__ / __ / ____</p>	
<p>3. Das Datum, ab dem das Risiko abgewendet war, folgt nicht unmittelbar auf den letzten effektiven Arbeitstag: welches war Ihre Sozillage (Krankheit, Urlaub, Abfeiern von Überstunden, usw...) zwischen diesen beiden Daten?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
FACH 7	Erklärung der Antragstellerin	
<p>Ich Unterzeichnete beantrage auf Schadenersatz im Zusammenhang mit der Abwendung des Berufskrankheitsrisiko.</p> <p>Ich bestätige auf Ehre, daß diese Erklärung richtig und vollständig ist.</p> <p>Ich füge diesem Antrag ein vom Arzt ausgefülltes Formular 523D bei.</p> <p>Aufgestellt in</p> <p>__ / __ / ____ (Datum) (Unterschrift)</p>		

Das Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Personendatenschutz ist anwendbar auf die Bearbeitung der anhand der beigefügten Formulare eingeholten Daten. Diese Daten werden aufgrund der Gesetzgebung über Berufskrankheiten eingeholt. Sie werden vom Fonds für Berufskrankheiten, Sierrenkundelaan 1, 1210 Brüssel unter seiner Verantwortung für die Anwendung der Sozialgesetzgebung, insbesondere für Schadenersatzzwecke bei Berufskrankheiten, bearbeitet.

Wenn Sie wissen möchten, welche Daten über Sie gespeichert worden sind, oder wenn Sie diese Daten verbessern möchten, können Sie sich schriftlich an die Datenerfassungsstelle des Fonds für Berufskrankheiten wenden.

LISTE DER SCHADENERSATZPFLICHTIGEN BERUFSKRANKHEITEN

1.1	Berufskrankheiten durch folgende chemische Stoffe :	1.3	Berufskrankheiten durch Inhalation von anderweitig nicht genannten Stoffen
1.101	Arsen oder seine Verbindungen	1.301	Pneumokoniosen :
1.102	Beryllium oder seine Verbindungen	1.301.11	Silikose
1.103.01	Kohlenmonoxyd	1.301.12	Silikose mit Lungentuberkulose
1.103.02	Carbonylchlorid	2.301.01	Grafitose
1.103.03	Zyanwasserstoffäure	1.301.21	Asbestose
1.103.04	Zyaniden	1.301.22	Asbestose mit Lungentuberkulose
1.103.05	Zyanogenverbindungen	1.301.23	Asbestose mit Lungenkrebs
1.104	Kadmium oder seine Verbindungen	1.301.24	Pneumokoniosen durch Silikatstaub
1.105	Chrom oder seine Verbindungen	1.302	Bronchopulmonale Erkrankungen durch Staub oder Rauch von Aluminium oder seinen Verbindungen
1.106	Quecksilber oder seine Verbindungen	1.303	Bronchopulmonale Erkrankungen durch Staub von Hartmetallen
1.107	Mangan oder seine Verbindungen	1.304	Bronchopulmonale Erkrankungen durch Thomasschlacken
1.108.01	Salpetersäure	1.305.01	Am Arbeitsplatz zugezogene allergische Atmungsstörungen durch die Holzarten Teak und Kamballa
1.108.02	Stickstoffäure	1.305.02	Farinose
1.108.03	Ammoniak	1.305.03.01	Am Arbeitsplatz zugezogene allergische Atmungsstörungen durch Holz
1.109	Nickel oder seine Verbindungen	1.305.03.02	Am Arbeitsplatz zugezogene allergische Atmungsstörungen durch antibiotische Mittel
1.110	Phosphor oder seine Verbindungen	1.305.04	Am Arbeitsplatz zugezogene allergische Atmungsstörungen durch proteolytische Enzyme
1.111	Blei oder seine Verbindungen	1.305.05.01	Äußere allergische Alveolitis
1.112.01	Schwefelwasserstoff	1.305.05.02	Siderose
1.112.02	Schwefelsäure	2.306.01	Krebserkrankungen der oberen Luftwege durch Holzstaub
1.112.03	Schwefelwasserstoff	2.306.02	Lungenerkrankungen durch Inhalation von Baumwoll-, Flachs-, Hanf-, Jute-, Sisal- oder Bagassestaub
1.112.04	Schwefelkohlenstoff	9.307	Mesotheliom durch Asbest
1.113	Thallium oder seine Verbindungen		
1.114	Vanadium oder seine Verbindungen	1.4	Infectiöse und parasitäre Erkrankungen infolge der Ausübung bestimmter Berufe
1.115.01	Chlor	1.401	Wurmkrankheiten durch :
1.115.02	seine anorganischen Verbindungen	1.401.01	Ankylostoma duodenale oder Necator americanus
1.115.03	Brom	1.401.02	Anguillula intestinalis (Strongyloides stercoralis)
1.115.04	seine anorganischen Verbindungen	1.402	Tropenberufskrankheiten :
1.115.05	Jod	1.402.01	Malaria
1.115.06	seine anorganischen Verbindungen	1.402.02	Amöbiendysenterie
1.115.07	Fluor oder seine Verbindungen	1.402.03	Schlagkrankheit
1.116	Alifatische oder alizyklische Kohlenwasserstoffe als Bestandteile des Petroläthers und des Benzins (Petroläther und Benzin sind flüssige Petroldestillate, deren Kochpunkt nicht höher ist als 200 Grad Celsius)	1.402.04	Dengue
1.117	Halogenderivate der aliphatischen oder alizyklischen Kohlenwasserstoffe	1.402.05	Pappataciefieber
1.118.01	Alkohole	1.402.06	Malariafieber
1.118.02	ihre Halogenderivate	1.402.07	Febria Recurrens
1.118.03	Glykole	1.402.08	Gelbfieber
1.118.04	ihre Halogenderivate	1.402.09	Pest
1.118.05	Ather	1.402.10	Leishmaniose
1.118.06	ihre Halogenderivate	1.402.11	Frambösie
1.118.07	Ketone	1.402.12	Lepra
1.118.08	ihre Halogenderivate	1.402.13	Fleckfieber
1.118.09	Organische Ester	1.402.14	Anderer Rickettsiosen
1.118.10	ihre Halogenderivate	1.402.15	Bilharziose
1.119.01	Organische Säuren	1.402.16	Shigellose
1.119.02	Aldehyde	1.402.17	Filariose
1.119.02.1	Methanal (Formaldehyd)	1.403.01	Von Tieren oder Tierresten auf Menschen übertragbare infectiöse oder parasitäre Erkrankungen
1.119.03	einschließlich ihrer amidischen Derivate	1.403.02	Tetanus
1.120.01	Aliphatische Nitroderivate	1.403.03	Hepatitis A des dem Kontakt mit fäkalienverseuchten Abwässern ausgesetzten Personals
1.120.02	Ester der Salpetersäure	1.404.01	Tuberkulose beim Personal der Präventivmedizin, der Heil- und Pflegedienste, der häuslichen Krankenpflege, der Forschung und anderer beruflicher Aktivitäten in Pflegediensten mit einem erhöhten Infektionsrisiko
1.121.01	Benzol oder seine Homologe (die Homologe des Benzols haben die Formel : C _n H _{2n-6})	1.404.02	Virushepatitis beim Personal der Präventivmedizin, der Heil- und Pflegedienste, der häuslichen Krankenpflege, der Forschung und anderer beruflicher Aktivitäten in Pflegediensten mit einem erhöhten Infektionsrisiko
1.121.02	Naphtaline oder ihre Homologe (die Homologe des Naphtalins haben die Formel : C _n H _{2n-10})	1.404.03	Anderer infectiöse Erkrankungen beim Personal der Präventivmedizin, der Heil- und Pflegedienste, der häuslichen Krankenpflege, der Laboratoriumsarbeit und anderer beruflicher Aktivitäten in Pflegediensten mit einem erhöhten Infektionsrisiko
1.122	Halogenderivate der aromatischen Kohlenwasserstoffe		
1.123.01	Phenole oder ihre Homologe oder ihre Halogenderivate	1.6	Berufskrankheiten durch physikalische Einwirkungen
1.123.02	ihre Halogenderivate	1.601	Erkrankungen durch ionisierende Strahlungen
1.123.03	Thiophenole oder ihre Homologe oder ihre Halogenderivate	1.602	Star durch Einwirkung von Wärmestrahlung
1.123.04	Naphthole oder ihre Homologe oder ihre Halogenderivate	1.603	Durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit oder Taubheit
1.123.05	Halogenderivate der Alkylaryloxyde	1.604	Erkrankungen durch Kompression oder Dekompression der umringenden Atmosphäre
1.123.06	Halogenderivate der Alkylarylsulfide	1.605.01	Knochen- und Gelenkerkrankungen oder
1.123.07	Benzochinon	1.605.02	Gelässneurotische Erkrankungen durch vibrierende Werkzeuge
1.124.01	Aromatische Amine oder aromatische Hydrazine oder ihre Halogen-, Phenol-, Nitro-, Nitroso- oder Sulfonderivate	1.606.11	Druckbedingte Erkrankungen der periartikulären Beutel, subkutane Cellulitis
1.124.02	Nitroderivate der aromatischen Kohlenwasserstoffe	1.606.21	Erkrankungen durch Überanstrengung der Sehnencheiden, des peritendinösen Gewebes, der Muskel- und der Sehnenansätze bei Schauspielern
1.125.01	Nitroderivate der Phenole oder ihre Homologe	1.606.41	Abß der Wirbelfortsätze durch Überanstrengung
1.130	Zinn und -verbindungen	1.606.51	Drucklähmungen der Nerven
1.132	Aliphatische Kohlenwasserstoffe, die nicht unter 1.116 genannt sind	1.607	Bergarbeiternystagmus
2.107			
2.108.01	Alifatische Amine		
2.110.01	Vinylbenzol (Styren)		
9.101	Terpene		
9.102	Kobalt oder Kobaltverbindungen		
1.2	Berufskrankheiten der Haut durch Stoffe, die in keiner anderen Position genannt sind		
1.201	Hauterkrankungen und Hautkrebs durch:		
1.201.01	Russ		
1.201.02	Feer		
1.201.03	Asphalt		
1.201.04	Pech		
1.201.05	Anthracen oder seine Verbindungen		
1.201.06	Mineralöle		
1.201.07	Rohparaffin oder die Verbindungen des Paraffins		
9.201.08	Carbazol oder seine Verbindungen		
9.201.09	Nebenprodukte der Steinkohlendestillation		
1.202	Am Arbeitsplatz zugezogene Hauterkrankungen durch Stoffe, die in keiner anderen Position genannt sind		