

6. Beroepsloopbaan: invullen als de overledene nog geen aanvraag ingediend had bij het Asbestfonds en als de blootstelling beroepsmatig was

< Indien u te weinig plaats heeft om te schrijven, voegt u een blad toe.

< Omschrijf nauwkeurig wat de overledene deed (vb: "uitbreken chauffageketels" en dus niet "arbeider" of "bediende").

A. De laatste werkgever in België

Periode van tewerkstelling		Naam en adres werkgever	Aard van het werk
Begindatum	Einddatum		

B. Volledige beroepsloopbaan in het buitenland

→ Heeft de overledene in het buitenland gewerkt? Ja Nee

Periode van tewerkstelling		Naam en adres (+ land) werkgever	Aard van het werk
Begindatum	Einddatum		

C. Werkgever(s) waarbij de overledene zijn/haar (beroeps)ziekte vermoedelijk heeft opgelopen

Periode van tewerkstelling		Naam en adres werkgever	Aard van het werk
Begindatum	Einddatum		

7. Identiteit van de artsen die de overledene hebben verzorgd

Huisarts

Voornaam + Naam | _____ | _____ |

Straat, nummer en bus | _____ |

Postcode en gemeente | _____ | _____ |

Telefoon | _____ |

Fax | _____ |

E-mail | _____ |

Pneumoloog of internist

Voornaam + Naam | _____ | _____ |

Straat, nummer en bus | _____ |

Postcode en gemeente | _____ | _____ |

Telefoon | _____ |

Fax | _____ |

E-mail | _____ |

8. Aanduiding en opdracht van de arts

Ik vraag dokter

.....

.....

.....

< *Naam, voornaam en volledig adres van de arts die het overlijden heeft vast-gesteld of die de gezondheidstoestand van de overledene heeft gevolgd en aan wie gevraagd wordt deel 2 van het formulier in te vullen.*

de vragen op dit formulier en eventuele bijkomende vragen vanwege de artsen van het Asbestfonds volledig en waarheidsgetrouw te beantwoorden.

Ik verzoek om schadeloosstelling wegens het overlijden van de persoon vermeld in vak 1 ten gevolge van een asbestziekte en bevestig dat bovenstaande verklaring oprecht en volledig is ingevuld.

Datum: __ / __ / ____

Handtekening:

Bovenstaande gegevens zullen worden verwerkt in overeenstemming met de bepalingen van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Deze gegevens worden verzameld met het oog op de toepassing van de socialezekerheidswetgeving. Indien u wenst uw persoonsgegevens in te kijken of te verbeteren, kunt u dat schriftelijk vragen aan Fedris.

Aanvraagformulier schadeloosstelling wegens overlijden

Deel 2: in te vullen door de aangestelde arts

Inlichtingen en richtlijnen voor de arts die het formulier invult.

De informatie in dit formulier is bestemd voor de artsen van het Asbestfonds. Kan u deel 2 volledig invullen en aanvullen met de bijlagen die nuttig kunnen zijn voor het onderzoek van de aanvraag? De verstrekte inlichtingen zullen als basis dienen voor het vaststellen van het recht op schadeloosstelling wegens het overlijden van de betrokkene.

Dit formulier is belangrijk. Indien het ontbreekt of onvoldoende gegevens bevat, dan zal Fedris, het Federaal agentschap voor beroepsrisico's, in naam van het Asbestfonds een beslissing nemen op basis van de medische gegevens waarover het beschikt. Dat kan betekenen dat de aanvraag tot schadeloosstelling wordt afgewezen. De code van geneeskundige plichtenleer staat u toe medische verslagen af te leveren in uitvoering van de wettelijke voorschriften.

Heeft u nog vragen, neem dan contact op met de medische dienst van Fedris.

Verzending

De rechthebbende of de aangeduide arts verstuurt de **twee** delen van het ingevulde formulier naar de arts van Fedris (Asbestfonds), Sterrenkundelaan 1, 1210 Brussel. Eventuele bijlagen voegt u bij of kan u in een aparte briefomslag versturen naar hetzelfde adres, met verwijzing naar het formulier "aanvraagformulier schadeloosstelling wegens overlijden".

1. Identiteit van de overledene

Naam	_____	< voor vrouwen: meisjesnaam
Voornaam	_____	< officiële voornaam
Geboortedatum	____ / ____ / _____	< dag/maand/jaar
Overlijdensdatum	____ / ____ / _____	< dag/maand/jaar

2. Verklaring van de arts

Ondergetekende (naam)

- huisarts van de overledene
- arts verbonden aan de verzorgingsinstelling waar de patiënt heeft verbleven
 - Naam van de instelling:
 - Adres:
 -
- andere hoedanigheid als arts:

verklaart: het overlijden te hebben vastgesteld
 de gezondheidstoestand te hebben gevolgd

van de overledene wiens identiteit wordt vermeld in vak 1 van dit formulier.

3. Plaats en omstandigheden van het overlijden

► Waar is betrokkene overleden? (aankruisen)

thuis

in de onder 2 vermelde verzorgingsinstelling

elders (waar)

.....

.....

► Indien elders, korte beschrijving van de omstandigheden van het overlijden:

.....

.....

.....

.....

4. Algemene medische inlichtingen

► Indien u de patiënt bij leven heeft onderzocht, datum van het laatste onderzoek:

► Korte beschrijving van de belangrijkste medische en heelkundige antecedenten:

.....

.....

.....

► Korte beschrijving van de gewone behandeling tijdens het laatste jaar vóór het overlijden:

.....

.....

.....

► Eventuele wijziging van de behandeling tijdens de laatste weken voor het overlijden:

.....

.....

.....

► Werd de patiënt(e) tijdens de laatste twee jaar vóór het overlijden in een ziekenhuis opgenomen of gevolgd door een specialist? JA NEEN

Indien JA, geef de naam en het adres van de specialist en/of het ziekenhuis. (U hoeft deze gegevens niet in te vullen indien de medische verslagen worden meegestuurd)

.....

.....

.....

5. Oorzaken en omstandigheden van het overlijden

- ▶ Is de patiënt plots overleden? JA NEEN
 ▶ Werd er een autopsie uitgevoerd? JA NEEN

Indien JA, autopsieverlag bijvoegen.

- ▶ Vertoonde de patiënt vóór het overlijden tekens van:
- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| respiratoire insufficiëntie | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEEN |
| cardiale insufficiëntie | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEEN |
| acute pneumopathie | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEEN |
| cerebrovasculair accident | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEEN |
| neoplastische aandoening | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEEN |
| andere aandoening: preciseer | | |

- ▶ Beschrijf de aard en de evolutie van deze aandoening(en) (indien niet beschreven in de bijgevoegde verslagen)
-
-

- ▶ Wat was volgens u de oorzaak van het overlijden? Licht uw antwoord toe.
-
-

6. Bij te voegen medische documenten (essentieel voor het beoordelen van de aanvraag)

- ▶ **In alle gevallen:** alle medische verslagen die relevante informatie verschaffen in verband met het overlijden.
- ▶ **Ingeval van mesothelioom, longkanker of larynxkanker:** specialistische verslagen met betrekking tot de diagnose (anatomopathologisch verslag), de behandeling en de evolutie
- ▶ **Ingeval van asbestose of bilaterale diffuse pleuraverdikkingen:** (voor zover ze betrekking hebben op de laatste twee jaar voor het overlijden)
- hospitalisatie- en/of consultatieverslagen van de pneumoloog en/of specialist inwendige ziekten
 ct-scan van de thorax (beelden op CD-rom en protocol)
 uitslag van de echocardiografie
 tracés en resultaten van longfunctieonderzoek en diffusiemeting
 uitslagen van bloedgasbepalingen
 desgevallend: het bewijs van de noodzaak van langdurige zuurstoftherapie of het akkoord van de adviserende arts van het ziekenfonds met deze therapie
- Ondergetekende bevestigt dat deze verklaring oprecht en volledig is.

Naam		Stempel
Adres		
RIZIV-nummer		
Telefoon		
Fax		
E-mail		

Handtekening van de arts:

Datum: __ / __ / ____