

**AANVRAAG VOOR EEN RE-INTEGRATIETRAJECT
DOOR EEN ARBEIDSONGESCHIKTE WERKNEMER
OF DOOR DE BEHANDELEND ARTS^(*)**

WERKNEMER / WERKNEEMSTER	
Naabrtbm:	
Voornaam:	
Rijksregisternummer:	
Adres:	
Telefoon:	
E-mail:	
In ziekte/arbeidsongeschiktheid sinds:	
Eventuele hervatting voorzien voor:	
Huidige functie (van voor de afwezigheid):	

(*) Op verzoek van mijn behandelend arts: JA - NEE** (** schrappen wat niet past)

ONDERNEMING OF INSTELLING	
Naam van mijn werkgever:	
Adres:	
Btw-nummer (indien u dit kent):	
Klantnummer (indien u dit kent):	

BEHANDELEND ARTS	MUTUALITEIT
Naam:	Mutualiteit:
Adres:	Adres:
	Uw aansluitingsnummer (zie vignet):
Telefoon:	Naam van de adviserend arts (indien u deze kent):

Datum en handtekening van de werknemer: