

- PREVENTIE VAN BURN-OUT - AANMELDINGSFORMULIER OISZ -
FEDERAAL AGENTSCHAP VOOR BEROEPRISICO'S (FEDRIS)

Om de vertrouwelijkheid te waarborgen, gelieve dit formulier in een vertrouwelijke enveloppe terug te sturen, met de volgende informatie

« **VERTROUWELIJK - NIET OPENEN** »

1. GEGEVENS VAN DE WERKNEMER

1.1 INSZ*

(zie achteraan identiteitskaart)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.2 Statutair ☐

Contractueel ☐

1.3 Ziekenfonds (indien het vakje Contractueel is aangevinkt) :

Uw adres: _____

(klever)

1.4 Taalrol* : F ☐ N ☐ D ☐

1.5 Naam* : _____ **1.6 Voornaam** : _____

1.7 Geboortedatum* :

--	--	--	--	--	--	--	--

1.8 Tel/GSM* : _____ **1.9 E-mail*** : _____

2. GEGEVENS VAN DE BEHANDELENDE ARTS

Naam en voornaam* : _____

Adres* : _____

Tel/GSM* : _____

3. GEGEVENS VAN DE WERKGEEVER

Naam* : FEDERAAL AGENTSCHAP VOOR BEROEPRISICO'S (FEDRIS)

Adres* : Sterrenkundelaan 1, 1210 Brussel

Geef de functie* : _____

☐ « Ik verklaar dat ik deel uitmaak van het personeel van de instelling, met uitzondering van het personeel van SMALS of toeleveringsbedrijven »

Geef een beschrijving van de beroepsactiviteit* :

4. GEGEVENS VAN DE PREVENTIEDIENST

4.1 Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk voor FEDRIS

☐ IDEWE

Hoofdadres: _____

4.2 Preventieadviseur arbeidsarts:

Naam en voornaam : _____

Tel/GSM : _____ **E-mail** : _____

4.3 Preventieadviseur psychosociale aspecten :

Naam en voornaam : _____

Tel/GSM : _____ **E-mail** : _____

*Verplicht in te vullen

5. REDEN VAN DE RAADPLEGING

6. BEROEPSSITUATIE VAN DE AANVRAGER

6.1 Is de aanvrager momenteel arbeidsongeschikt omwille van de genoemde reden? ☐ Ja ☐ NeeIndien ja, begindatum*: vermoedelijke einddatum: 6.2 Is uw werknemer tijdens de laatste 12 maanden arbeidsongeschikt geweest om dezelfde reden ☐ Ja ☐ Nee

Aantal arbeidsonderbrekingen: _____ Totaal aantal dagen onderbreking: _____

6.3 Is de aanvrager reeds met een professioneel re-integratietraject gestart? ☐ Ja ☐ Nee

6.4 Verband met het werk:

De klachten gaan voornamelijk over*: ☐ het werk ☐ factoren buiten het werk

Arbeidsfactoren vermeld tijdens raadpleging: (één of meer antwoorden aanvinken)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Werkdruk | <input type="checkbox"/> Overeenstemmingen privéleven/professioneel leven |
| <input type="checkbox"/> Contact met klanten/ patiënten/... | <input type="checkbox"/> Veranderingen van de organisatie |
| <input type="checkbox"/> Fysieke omgeving (lawaaï,...) | <input type="checkbox"/> Werkonzekerheid |
| <input type="checkbox"/> Pesten en geweld | <input type="checkbox"/> Conflicten op het werk |
| <input type="checkbox"/> Tijdsdruk | <input type="checkbox"/> Verlies van zingeving van het werk |
| <input type="checkbox"/> Fysieke belasting | <input type="checkbox"/> Gebrek aan werk |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

Ontbreekt het de werknemer op het werk aan...? (één of meer antwoorden aanvinken)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Steun van de leidinggevende | <input type="checkbox"/> Variatie in competenties en uit te voeren taken |
| <input type="checkbox"/> Steun van collega's | <input type="checkbox"/> Taakdefinitie |
| <input type="checkbox"/> Feedback over de geleverde prestaties | <input type="checkbox"/> Continue vorming |
| <input type="checkbox"/> Erkenning | <input type="checkbox"/> Geschikte uitrusting/ materiaal |
| <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Betrokkenheid bij beslissingen |
| <input type="checkbox"/> Ontplooiingsmogelijkheden op het werk | <input type="checkbox"/> Werkzekerheid |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

***HANDTEKENING VAN DE WERKNEMER**

De ondergetekende geeft toestemming tot het uitwisselen van medische gegevens tussen de betrokken gezondheidswerkers (arbeidsarts, burn-outbegeleider, adviserende arts van het ziekenfonds, preventieadviseur-psychosociale aspecten, psycholoog van Fedris, en behandelende arts, Medex) voor de behandeling van deze aanvraag inzake burn-out.

Datum : _____

***HANDTEKENING EN STEMPEL van de arts of de preventieadviseur die het formulier ingevuld heeft**

De ondergetekende verbindt zich tot het nazien van de echtheid van de gegevens verzameld in dit formulier.

☐ Behandelende arts

Datum : _____

☐ Preventieadviseur arbeidsarts

Datum : _____

☐ Preventieadviseur psychosociale aspecten

Datum : _____