



**PREVENTIE VAN BURN-OUT - AANMELDINGSFORMULIER<sup>1</sup>**

**1. GEGEVENS VAN DE WERKNEMER**

1.1 INSZ\*:

(zie achteraan identiteitskaart)

1.2 Ziekenfonds:  (klever)

1.3 Taalrol\*: F  N  D

1.4 Naam\*: \_\_\_\_\_

1.5 Voornaam\*: \_\_\_\_\_

1.6 Geboortedatum\*:

1.7 Tel/GSM\*: \_\_\_\_\_

1.8 E-mail\*: \_\_\_\_\_

1.9 Bankrekeningnummer\*: BE

(voor de terugbetaling van eventuele verplaatsingskosten)

**2. GEGEVENS VAN DE BEHANDELLENDE ARTS**

Naam en voornaam\*: \_\_\_\_\_

Adres\*: \_\_\_\_\_

Tel/GSM\*: \_\_\_\_\_

**3. GEGEVENS VAN DE WERKGEVER**

Naam\*: \_\_\_\_\_

Adres\*: \_\_\_\_\_

Sector\*:  Banken zonder verzekeringen en pensioenfondsen (sectie K64 NACE 2008)  Ziekenhuizen (sectie Q86.1 NACE 2008)  Verpleeginstellingen met huisvesting (sectie Q87.1 NACE 2008)

Geef de functie en een beschrijving van de beroepsactiviteit\* (niet "arbeider" of "bediende"):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. GEGEVENS VAN DE PREVENTIEDIENST**

4.1 Naam van de dienst voor preventie en bescherming op het werk\*:

ATTENTIA preventie & bescherming vzw  PREMED vzw

CESI vzw  LIANTIS vzw

CLB EDPB vzw  SECUREX vzw

CORPORATE PREVENTION SERVICES (CPS)  SPMT-ARISTA vzw

IDEWE vzw  ANDERE: \_\_\_\_\_

MEDIWET vzw  INTERN: \_\_\_\_\_

MENSURA vzw

4.2 Regionaal kantoor van de dienst voor preventie en bescherming op het werk\*: \_\_\_\_\_

4.3 Preventieadviseur arbeidsarts:

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

Tel/GSM: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

4.4 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 klachten\*?  Ja  Nee

Indien 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 de raadpleging: (één of meer antwoorden aanvinken)

<input type="checkbox"/> Werkdruk	<input type="checkbox"/> Overeenstemming privéleven/ professioneel leven
<input type="checkbox"/> Contact met klanten/patiënten/...	<input type="checkbox"/> Verandering 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: _____	

<p><b>*HANDTEKENING VAN DE WERKNEMER</b></p> <p>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) voor de behandeling van deze aanvraag inzake burn-out.</p> <p>De ondergetekende stemt ook toe dat zijn ziekenfonds en Fedris gegevens in verband met deze aanvraag uitwisselen.</p> <p>Datum: _____</p>	<p><b>*HANDTEKENING en STEMPEL</b></p> <p>van de arts of de preventieadviseur die het formulier ingevuld heeft</p> <p>De ondergetekende verbindt zich tot het nazien van de echtheid van de gegevens verzameld in dit formulier</p>		
	<input type="checkbox"/> Behandelende arts Datum: _____	<input type="checkbox"/> Preventieadviseur arbeidsarts Datum: _____	<input type="checkbox"/> Preventieadviseur psychosociale aspecten Datum: _____

1. Koninklijk besluit van 07/02/2018 tot vaststelling van de voorwaarden voor een pilootproject inzake preventie van burn-out gerelateerd aan het werk.

\* Verplicht in te vullen



## Bescherming van uw persoonlijke gegevens<sup>1</sup>

Als gevolg van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (GDPR, General Data Protection Regulation) van de Europese Unie<sup>2</sup> informeren wij u waarvoor Fedris uw gegevens gebruikt en welke rechten u kunt laten gelden in verband met deze gegevens.

## Waarvoor gebruiken wij uw gegevens?

Wij hebben uw gegevens nodig om binnen de sociale zekerheid onze wettelijke opdrachten op het gebied van beroepsrisico's uit te voeren<sup>3</sup>. Bijvoorbeeld:

- gevolg geven aan uw aanvraag en uw dossier behandelen
- een beslissing van onze instelling meedelen
- een vergoeding berekenen en betalen waarop u recht hebt
- uw gezondheidszorgen terugbetalen
- de verzekeringsondernemingen en de werkgevers controleren op het gebied van beroepsrisico's
- wetenschappelijke en statistische studies uitvoeren voor preventiedoeleinden

## Hoelang bewaren wij uw gegevens?

Uw gegevens worden bewaard zo lang dat nodig is om de bovenvermelde gegevensverwerkingen te kunnen uitvoeren en/of zo lang dat nodig is als wettelijk bewijs, met een maximum van 30 jaar na uw overlijden.

## Aan wie geven wij uw gegevens eventueel door?

We kunnen (een deel van) uw gegevens doorgeven aan personen en instellingen die met Fedris samenwerken. Het gaat hoofdzakelijk om volgende ontvangers:

- andere publieke instellingen: FOD Financiën, RSZ, FPD (pensioenen), RSVZ (zelfstandigen)...
- de bankinstellingen die voor Fedris betalingen aan begunstigden uitvoeren
- uw ziekenfonds of elke andere instelling met een subrogatierecht
- uw zorgverstrekkers (artsen, prothesisten, enz.)
- de artsen en advocaten met wie Fedris meewerkt
- de dienst voor bedrijfsgeneeskunde van uw werkgever
- de rechtbanken waarbij een gerechtelijke procedure aanhangig is
- de verzekeringsonderneming van uw werkgever (in geval van een arbeidsongeval)
- uw werkgever of uw onderwijsinstelling

## Wat zijn uw rechten met betrekking tot uw gegevens?

1. Vragen welke persoonlijke gegevens Fedris over u bewaart
2. Een kopie vragen van die gegevens
3. Vragen om die gegevens te wissen (onder voorbehoud)
4. Vragen om die gegevens te corrigeren
5. Weten of de beslissingen van Fedris al dan niet werden geautomatiseerd
6. Uw toestemming intrekken als u die eerder hebt gegeven

## Hoe kunt u uw rechten laten gelden met betrekking tot uw gegevens?

Contacteer de functionaris voor gegevensbescherming (FG) per e-mail naar [privacy@fedris.be](mailto:privacy@fedris.be) of per brief naar Fedris, dienst Informatieveiligheid, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brussel.

## Een klacht?

Schrijf een brief naar: Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel.

<sup>1</sup> Gegevensverwerkingsverantwoordelijke: Federaal agentschap voor beroepsrisico's, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brussel

<sup>2</sup> Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016

<sup>3</sup> Wet van 3 juli 1967 betreffende de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar en van het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector, arbeidsongevallenwet van 10 april 1971, wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit, gecoördineerd op 3 juni 1970, programmawet van 27 december 2006