

**AANVRAAG MEDISCHE CONTROLE**  
**AUB invullen in drukletters**

**WERKGEVER**

Aansluitingsnr SB : KBO nr  
Naam Bedrijf : tel :  
Straat + nummer : fax :  
Postc + gemeente :  
Naam aanvrager : dhr/mevr. \_\_\_\_\_ (verplicht in te vullen !)  
e-mailadres :

**WERKNEMER**

Naam + voornaam :  
Straat + nummer :  
Postc + gemeente :  
Naam echtgenoot\* :  
(\* enkel bij gehuwde vrouwen)

Arbeider/ Bediende :

**ZIEKTE**

Reden afwezigheid : ziekte / privaat ongeval / arbeidsongeval

Periode afwezigheid : \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_

Periode verlenging : \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_

Attest ontvangen : ja/nee

Mag woonst : verlaten / niet verlaten / is niet vermeld

**BEHANDELENDE ARTS**

Naam : Huisarts / specialist:  
Gemeente :

**EXTRA INFORMATIE**

---

---

---

---

stempel & handtekening