

Bedrijfsnaam

Relatienummer

ZIEKMELDINGSFORMULIER

■ GEGEVENS WERKNEMER

Naam werknemer:

Sofi-nummer:

■ ZIEKMELDING

- Op welke datum is de eerste ziekmelding * :(dd-mm-jjjj)
- Wat is de verzuimreden* :
- Hoeveel uur is de werknemer aan het werk* : uren per week aan het werk
- Zijn de klachten zwangerschapsgerelateerd : nee ja
- Wat is de eerste dag van het zwangerschapsverlof :(dd-mm-jjjj)
 - Wat is de vermoedelijke bevallingsdatum :(dd-mm-jjjj)
- Is de ziekte veroorzaakt door een ongeval : nee ja
- Betreft het een ongeval op het werk : nee ja
 - Is er een derde partij aansprakelijk : nee ja
- Heeft de werknemer een extern verpleegadres : nee ja
- Naam extern verpleegadres :
 - Straatnaam en huisnummer extern verpleegadres :
 - Postcode en woonplaats extern verpleegadres :
- Zijn er verder bijzonderheden :

* Deze velden zijn noodzakelijk voor een goede afhandeling

■ ONDERTEKENING DOOR DE WERKGEVER

Naam :

Handtekening :

Plaats en datum :

☎ Dit formulier faxen naar faxnummer: 0346 – 561 333 ☎