*Terug te sturen uiterlijk VIJF WERKDAGEN vóór de aanvang van de werkzaamheden UITSLUITEND naar de Medische Dienst van het SCK CEN*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Via post aan :* |  | **Aan de Arbeidsgeneeskundige Dienst****SCK CEN****Studiecentrum voor Kernenergie****Boeretang 200****B-2400 MOL** |
| *E-mail :**Fax :****Voor informatie: Tel:*** |  | [medical@sckcen.be](https://ecm.sckcen.be/webdav/nodes/26863819/medical%40sckcen.be)+ 32 14 32 10 40**+ 32 14 33 28 09** |
| **A. Identificatie van de Interne/Externe Preventiedienst - Medisch Toezicht :** |
| Naam : |       |
| Adres : |       |
| Tel. : |       |
| Fax : |       |
| Verantwoordelijke geneesheer : |       |

|  |
| --- |
| **B. Identificatie van de werknemer/werkgever :** |
| Naam en voornaam : |       |
| Geboorteplaats en datum : |       |
| Naam en adres onderneming : |       |

|  |
| --- |
| **C. Eventuele wijzigingen t.o.v. de laatst meegedeelde gegevens :** |
| Medische antecedenten, chirurgische ingrepen, arbeidsongevallen, accidentele bestralingen en radioactieve besmettingen, medische onderzoeken en behandelingen met ioniserende stralingen, eventuele beperkingen i.v.m. geschiktheid (inclusief zwangerschap) :       |

|  |
| --- |
| **D. Medisch Onderzoek en Bloedonderzoek :** |
| Datum laatste medisch onderzoek : |       |
| Synthese van de conclusies : |       |
|  |  |
|  |  |
| Datum laatste bloedonderzoek (protocol als bijlage toevoegen) :       |
| NOTA : GELDIGHEID BLOEDANALYSE BEPERKT TOT PERIODE VAN 6 MAANDEN BIJ WERKEN IN GECONTROLEERDE ZONES  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam geneesheer | Datum | Handtekening en stempel |
|       |       |  |
|  |  |  |