

COVID-19-Attest zur Risikogruppenbeurteilung

Dieses Dokument NICHT im Falle einer Krankschreibung, eines Arbeitsunfalls / Unfall auf dem Arbeitsweg verwenden.

(Ne pas utiliser ce document en cas d'accident du travail – accident sur le chemin du travail.)

Alle persönlichen Daten sind durch das Personalmitglied auszufüllen. (A compléter par le membre du personnel.)

Unterrichtseinrichtung: (Etablissement scolaire)	Geburtsdatum: (Date de naissance)
Name (Mädchenname) und Vorname: (Nom (de jeune fille) et prénom)	
Straße, Hausnummer und/oder Postfach: (Rue, n° et boîte)	Name an der Türklingel: (Nom sur la sonnette)
Postleitzahl und Gemeinde: (Code postal et localité)	Tel. - Handy: (Tél. - GSM)
	Tel.: (Tél.)

Durch den behandelnden Arzt auszufüllen und dem Kontrollarzt binnen 48 Stunden zu übermitteln

(A compléter par le médecin traitant et à transmettre dans les deux jours au médecin de contrôle)

COVID-19-Attest zur Risikogruppenbeurteilung

(Attestation d'appréciation : Patient à risque Covid-19)

Hauptdiagnose: (Pour cause primaire)	Nebendiagnose: (Pour cause secondaire)
BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN! (A remplir en majuscules!)	
Das Verlassen der Wohnung ist (Sortie)	<input type="checkbox"/> erlaubt (Autorisée) <input type="checkbox"/> verboten (Interdite)
Attestdauer (Durée de validité de l'attestation)	vom ... / ... / 2020 bis ... / ... / 2020 einschließlich (du) (au) (inclus)
Datum der Untersuchung: (Date de l'examen) ... / ... / 2020	Unterschrift: (Signature du médecin traitant)
	Stempel des Arztes: (Cachet du médecin traitant)

Dem Arbeitgeber zu übermitteln

(A transmettre à l'employeur)

Ich Unterzeichnete(r) erkläre nach Befragung und Untersuchung, dass Herrn/Frau ...
ein COVID-19-Attest zur Risikogruppenbeurteilung ausgestellt wurde.

(Je soussigné(e) déclare, après avoir interrogé et examiné Mr/Mme ...qu'il/elle à reçu une attestation d'appréciation patient à risque COVID-19)

Das Verlassen der Wohnung ist: (Sortie)	<input type="checkbox"/> erlaubt (Autorisée) <input type="checkbox"/> verboten (Interdite)
Attestdauer (Durée de validité de l'attestation)	vom ... / ... / 2020 bis ... / ... / 2020 einschließlich (du) (au) (inclus)
Datum der Untersuchung: (Date de l'examen) ... / ... / 2020	Unterschrift: (Signature du médecin traitant)
	Stempel des Arztes: (Cachet du médecin traitant)



Senden Sie bitte den oberen Teil dieses Formulars verschlossen und ausreichend frankiert **binnen 48 Stunden** an nachstehende Adresse: Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft – z. Hd. des Kontrollarztes – Gospertstraße 1 – 4700 Eupen

(Veuillez renvoyer la partie supérieure de ce formulaire fermée et timbrée dans les deux jours à l'adresse suivante: Ministère de la Communauté germanophone – Médecin de contrôle – Rue Gospert 1 – 4700 Eupen)

Der von der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft bezeichnete Kontrollarzt verarbeitet Ihre persönlichen Daten gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (EU) Nr. 2016/679 vom 27. April 2016 und den entsprechenden Ausführungsbestimmungen. Ihre Persönlichkeitsrechte erfahren daher eine besondere Beachtung. Weiterführende Informationen zur Wahrung Ihrer Rechte finden Sie unter www.ostbelgienlive.be/datenschutz. Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@dgov.be.

Le médecin–contrôleur désigné par le Gouvernement de la Communauté germanophone traite vos données à caractère personnel au sens du Règlement général sur la protection des données (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 ainsi que les dispositions d'exécution correspondantes. Par conséquent, une attention particulière est accordée aux droits de la personnalité. Vous trouverez de plus amples informations concernant le respect de vos droits sur le site www.ostbelgienlive.be/datenschutz (disponible uniquement en allemand). Vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse datenschutz@dgov.be.