

Formulier Personenschade KGO eerste onderzoek

Algemeen	
1. Dossiernummer	<input type="text"/>
Datum onderzoek	<input type="text"/>
2. Naam betrokkene	<input type="text"/>
Legitimatie	<input type="text"/>
3. Geboortedatum	<input type="text"/>
KGO	
1. Datum ongeval	<input type="text"/>
2. Korte toedracht omschrijving	<input type="text"/>
3. Anamnese/huidige klachten	<input type="text"/>
4. Letsels	1 <input type="text"/>
	2 <input type="text"/>
	3 <input type="text"/>
5. Vond ziekenhuisopname plaats?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, in welk ziekenhuis: <input type="text"/>
	Welke klasse? <input type="text"/>
Periode opname?	Van <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tot <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Behandelend arts	1 <input type="text"/>
	2 <input type="text"/>
	3 <input type="text"/>
	4 <input type="text"/>

7. Wie is de huisarts?	Naam en plaats praktijk	
	Naam huisarts	
8. Waaruit bestaat de behandeling?		
9. Welke afwijkingen en/of functiestoornissen stelt u vast? <i>(Zo specifiek mogelijk omschrijven)</i>		
10. Hoe was de algemene toestand voor het ongeval?		
11. Wordt de genezing door een bestaande ziekte of door andere omstandigheden vertraagd?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee. Zo ja, welke?	
12. Was betrokkene al voor de ongevalsdatum arbeidsongeschikt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee. Zo ja, waardoor?	
13. Prognose en eventuele bijzondere mededelingen		
14. Is een hercontrole gewenst?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee. Zo ja, wanneer?	
15. Extra schrijfruimte		

Honorarium (volgens CTG/LHV-richtlijnen)

Spreekuurcontrole	€	<input type="text"/>	Controlerend arts:	<input type="text"/>
Extra verrichtingen	€	<input type="text"/>	Naam:	<input type="text"/>
BTW	€	<input type="text"/>	Organisatie:	<input type="text"/>
Totaal	€	<input type="text"/>	Code CG:	<input type="text"/>