

Formulier Personenschade KGO vervolgonderzoek

Algemeen

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. Dossiernummer | <input type="text"/> |
| 2. Datum onderzoek | <input type="text"/> |
| 3. Naam betrokkene | <input type="text"/> |
| 4. Legitimatie | <input type="text"/> |
| 5. Geboortedatum | <input type="text"/> |

KGO

- | | |
|--|--|
| 1. Wat zijn de huidige klachten die betrokkene nog ondervindt ten gevolge van het ongeval? | <input type="text"/> |
| 2. Bestaan er nevenafwijkingen / klachten die u van belang acht? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Graag een toelichting
<input type="text"/> |
| 3. Is betrokkene nog onder behandeling? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, waar bestaat de behandeling uit?
<input type="text"/> |
| 4. Wat zijn de bevindingen bij onderzoek?
Welke afwijkingen en/of functiestoornissen stelt u vast?
(Zo specifiek mogelijk omschrijven) | <input type="text"/> |
| 5. Welke behandeling heeft verzekerde gevolgd? Is deze nog gaande? | <input type="text"/> |
| 6. Extra schrijfruimte | <input type="text"/> |

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"/>