

Formulier Reis KGO eerste onderzoek

Algemeen

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

KGO

1. Datum ongeval	<input type="text"/>
2. Wat is de aard en de ernst van het ongevalsletsel? Wat zijn de huidige klachten?	<input type="text"/>
3. Wanneer traden de klachten voor het eerst op?	<input type="text"/>
4. Heeft verzekerde soortgelijke klachten eerder gehad?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, wanneer? <input type="text"/>
5. Wanneer riep verzekerde voor de eerste keer medische hulp in?	<input type="text"/>
6. Wie behandelde verzekerde destijds?	Naam en plaats praktijk 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/>
7. Bestaan er nevenafwijkingen / klachten die u van belang acht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Graag een toelichting <input type="text"/>
8. Welke behandeling heeft verzekerde gevolgd? Is deze nog gaande?	<input type="text"/>

9. Is er al sprake van een eindtoestand?

Ja Nee Zo nee, op welke termijn verwacht u een eindtoestand?

10. Extra schrijfruimte

Honorarium (volgens CTG/LHV-richtlijnen)

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