

Formulier Collectief ongevallen KGO vervolgonderzoek

Algemeen

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

KGO

1. Wat is de aard en de ernst van het ongevalsletsel?	<input type="text"/>
2. Anamnese/huidige klachten	<input type="text"/>
3. Bestaan er nevenafwijkingen / klachten die u van belang acht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Graag een toelichting <input type="text"/>
4. Welke behandeling heeft verzekerde gevolgd? Is deze nog gaande?	<input type="text"/>
5. Naam behandelend artsen	1 Naam en plaats praktijk <input type="text"/> 2 Naam en plaats praktijk <input type="text"/> 3 Naam en plaats praktijk <input type="text"/>

6. Had u, met toestemming van verzekerde, overleg met de huisarts en/of andere behandelend arts(en)?

Ja Nee Zo ja, met wie?

Zo ja, wat was het resultaat?

7. Eventuele aanvullende opmerkingen

Honorarium (volgens CTG/LHV-richtlijnen)

Spreekuurcontrole	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Extra verrichtingen	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BTW	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totaal	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Controlerend arts:

Naam:

Organisatie:

Code CG: