

## Formulier Ongevallen 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. Korte omschrijving van de toedracht	<input type="text"/>
3. Wat is de aard en de ernst van het ongevalsletsel?	<input type="text"/>
4. Anamnese/huidige klachten	<input type="text"/>
5. Wanneer traden de klachten voor het eerst op?	<input type="text"/>
6. Wanneer riep verzekerde voor het eerst medische hulp in?	<input type="text"/>

<p>7. Heeft verzekerde soortgelijke klachten eerder gehad?</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, wanneer? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Zo ja, wie behandelde verzekerde destijds?</p> <p>1 Naam en plaats praktijk</p> <input type="text"/> <p>2 Naam en plaats praktijk</p> <input type="text"/> <p>3 Naam en plaats praktijk</p> <input type="text"/>
<p>8. Bestaan er evenafwijkingen / klachten die u van belang acht?</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Graag een toelichting</p> <input type="text"/>
<p>9. Welke behandeling heeft verzekerde gevolgd? Is deze nog gaande?</p>	<input type="text"/>
<p>10. Onderzoek</p>	<input type="text"/>
<p>11. Naam behandelend artsen</p>	<p>1 Naam en plaats praktijk</p> <input type="text"/> <p>2 Naam en plaats praktijk</p> <input type="text"/> <p>3 Naam en plaats praktijk</p> <input type="text"/>
<p>12. Had u, met toestemming van verzekerde, overleg met de huisarts en/of andere behandelend arts(en)?</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, met wie?</p> <input type="text"/> <p>Zo ja, wat was het resultaat?</p> <input type="text"/>
<p>13. Vindt u (andere) therapie noodzakelijk?</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, welke?</p> <input type="text"/>
<p>14. Verwacht u restloos herstel?</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee</p>

15. Is er al sprake van een stationaire toestand?

Ja  Nee Zo nee, op welke termijn verwacht u dit?

16. Op welk termijn adviseert u een heronderzoek?

17. Eventuele aanvullende opmerkingen

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"/>
<hr/>				
Totaal	€	<input type="text"/>	Code CG:	<input type="text"/>