

Formulier Collectief ongevallen KGO eerste onderzoek

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. 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"/>
7. Heeft verzekerde soortgelijke klachten eerder gehad?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo nee, wanneer? <input type="text"/>
	Zo ja, wie behandelde verzekerde destijds?
	1 Naam en plaats praktijk <input type="text"/>
	2 Naam en plaats praktijk <input type="text"/>
	3 Naam en plaats praktijk <input type="text"/>

8. Bestaan er nevenafwijkingen / klachten die u van belang acht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Graag een toelichting <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
9. Welke behandeling heeft verzekerde gevolgd? Is deze nog gaande?	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
10. Onderzoek	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
11. Naam behandelend artsen	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 Naam en plaats praktijk</div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 Naam en plaats praktijk</div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3 Naam en plaats praktijk</div> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
12. Had u, met toestemming van verzekerde, overleg met de huisarts en/of andere behandelend arts(en)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja met wie? <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Zo ja, wat was het resultaat? <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
13. Vindt u (andere) therapie noodzakelijk?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, welke? <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
14. Verwacht u restloos herstel?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
15. Is er al sprake van een stationaire toestand?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo nee, op welke termijn verwacht u dit? <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
16. Op welk termijn adviseert u een heronderzoek?	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
17. Eventuele aanvullende opmerkingen	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>

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"/>
<hr/>						
Totaal		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>