

## Formulier Ongevallen KGO eerste onderzoek C-dekking (daggeld vergoeding bij arbeidsongeschiktheid)

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 betrokkene voor het eerst medische hulp in?	<input type="text"/>

7. Heeft verzekerde soortgelijke klachten eerder gehad?

Ja  Nee Zo ja, wanneer

Zo ja, wie behandelde verzekerde destijds?

1. Naam en plaats praktijk

2. Naam en plaats praktijk

3. Naam en plaats praktijk

8. Bestaan er nevenafwijkingen / klachten die u van belang acht?

9. Welke behandeling heeft verzekerde gevolgd? Is deze nog gaande?

10. Onderzoek

11. Naam behandelend artsen

1. Naam en plaats praktijk

2. Naam en plaats praktijk

3. Naam en plaats praktijk

12. 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?

13. Vindt u (andere) therapie noodzakelijk?

Ja  Nee Zo ja, welke?

14. Verwacht u restloos herstel?

Ja  Nee



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