

Formulier Overspannenheid/ Burn-out AOV eerste onderzoek

Schade

1/4

1. Algemeen

Dossiernummer

Datum onderzoek

 - -

Naam verzekerde

Geboortedatum

 - -

Legitimatie

Zijn de aangeleverde gegevens actueel, (o.a. beroep, urenverdeling)?

2. Anamnese

Wat zijn de huidige klachten?

Sinds wanneer bestaan de klachten?

 - -

Heeft verzekerde deze klachten eerder gehad? Ja Nee

Zo ja, wanneer, hoelang?

Voldoet verzekerde aan de criteria van overspanning dan wel burn-out? Graag uw vermelding in welke fase van burn-out verzekerde zich bevindt.

Overspanning Ja Nee

Burn-out Ja Nee

Zo ja, welke fase?

Is er sprake van psychiatrische co-morbiditeit (zoals angststoornis of depressie)?

Welke belemmeringen ervaart verzekerde zelf in diens werk?

In hoeverre werkt verzekerde actief aan herstel?

Wanneer verwacht verzekerde het werk weer volledig te hervatten?

Welke mogelijkheden kunnen er op het werk van verzekerde gecreëerd worden om terugkeer naar het werk te bevorderen?

Zijn er herstelbelemmerende factoren of zijn er uitlokkende/oorzakelijke factoren (bijvoorbeeld financieel, persoonlijk(heid), psychosociaal, werk gerelateerd)?

Ja Nee

Zo ja, welke?

In de persoon gelegen:

In de sociale omgeving gelegen:

In het werk gelegen:

Zijn er oplossingsgerichte gedachten of acties ondernomen?

Ja Nee

Zo ja, welke?

3. Lichamelijk / Psychisch onderzoek

Welke afwijkingen en/of (functie)stoornissen stelt u vast tijdens uw onderzoek? (Zo specifiek mogelijk omschrijven).

4. Behandeling

Welke behandeling vindt plaats en bij wie?

Is een terugkomdatum afgesproken bij specialist/huisarts/behandelaar?

Ja Nee

Zo ja, wanneer? - -

Wat is het resultaat van de behandeling?

Gebruikt verzekerde medicatie?

Ja Nee

Zo ja, welke?

Is de behandeling adequaat?

Ja Nee

Zo nee, suggesties?

5. Diagnose

Welke diagnose(s) heeft u gesteld?

6. Beschouwing c.q. beperkingen

6.1 Probleemanalyse

Medisch:

Werk: heeft verzekerde hulpbronnen binnen de werksfeer?

Persoon/coping:

Privé: heeft verzekerde hulpbronnen binnen de sociale context?

6.2 Welke beperkingen kunt u objectiveren? Zie ook anamnese en lichamelijk/psychisch onderzoek

7. Advies t.a.v. werkhervatting/re-integratie

Welke taken of welk deel van de taken kan verzekerde wel uitvoeren?

Hoeveel uur per week? uur

Prognose: Is er naar uw oordeel verdere uitbreiding in werkuren mogelijk? Ja Nee

Zo ja

Vanaf - - tot - -
voor uur (totaal p.w.)

Vanaf - - tot - -
voor uur (totaal p.w.)

Vanaf - - tot - -
voor uur (totaal p.w.)

Heeft u met verzekerde hierover een afspraak gemaakt? Ja Nee

Zo nee, graag een toelichting geven

Heeft u overige adviezen ten aanzien van re-integratie/begeleiding (bijvoorbeeld opbouw werk)? Ja Nee

Zo nee, graag een toelichting geven.

8. Overleg ten aanzien van re-integratie

Wilt u overleg met de medische afdeling of arbeidsdeskundige? Ja Nee

Zo ja, overleg met MD AD en graag een toelichting geven.

Is arbeidsdeskundige inzet zinvol? Ja Nee Zo ja, gericht op/graag een toelichting geven.

9. Hercontrole

In principe vragen wij u bij het burn-out protocol om een eenmalige controle. Wenst u van dit verzoek af te wijken dan vragen wij u dit toe te lichten.

10. Opmerkingen

11. Honorarium (volgens CTG/LHV-richtlijnen)

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

Controlerend arts:	<input type="text"/>
Naam:	<input type="text"/>
Organisatie:	<input type="text"/>
Code CG:	<input type="text"/>