

INTAKE-FORMULIER

1. PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam en voornamen:	
Adres:	
Postcode + plaats:	
Telefoon:	
Bank/gironummer:	
Geboortedatum:	
Gehuwd/ongeh/samenw.:	
Naam partner:	
Kinderen:	
Hobbies:	
BTW-plichtig:	

2. BEROEPSGEGEVENS

Beroep:	
Zelfstandig/loondienst:	
Opleiding, diploma's:	
Rijbewijs:	
Netto inkomen:	€ per week/maand
Bruto inkomen :	€ per week/maand
Naam werkgever:	
Adres werkgever:	
Postcode + plaats:	
Telefoon:	

Cao/bedrijfsvereniging:	
In ziektewet sinds:	
Arbeidsverleden:	

3. ONGEVAL-GEGEVENS

Datum:	
Gemeente:	
Tijd:	
Beschrijving van het ongeval:	
Proces-verbaal opgemaakt:	
zo ja, door wie:	
Kenteken slachtoffer:	
Naam+adres veroorzaker:	
Kenteken veroorzaker:	
Verzekeraar veroorzaker:	
Adres:	
Postcode + plaats:	
Polisnummer:	
Letselschadenummer:	
Aansprakelijk gesteld:	

Aansprakelijkheid erkend:	
<i>Eventuele getuigen of inzittenden:</i>	
Naam:	
Adres:	
Postcode + plaats:	
Waar bevond(en) getuige(n) zich ten tijde van de waarneming:	

4. LETSEL

Wordt/werd u in een ziekenhuis opgenomen?	
nee/ja, in:	
te:	
van tot	
<i>Gegevens Behandeleld arts</i>	
Naam behandelend arts:	
Adres:	
Plaats:	
Tel:	
Onderzoek/behandeling:	
Voorgeschreven medicamenten:	
Wordt/werd u in een verpleegtehuis/revalidatiecentrum opgenomen? nee/ja in:	
te:	
van tot	
<i>Gegevens behandelend arts verpleeghuis/revalidatiecentrum</i>	

Naam behandelend arts:	
Adres:	
Plaats:	
Tel:	
Wordt/werd u thuis verpleegd?	
nee/ja, van tot	
<i>Fysiotherapiegegevens</i>	
Wordt u behandeld door een Fysiotherapeut?	
Gedurende welke periode?	
Hoeveel behandelingen per week?	
Naam:	
Adres:	
Plaats:	
Tel:	
Wordt u behandeld door een	
Gedurende welke periode?	
Hoeveel behandelingen per week?	
Naam:	
Adres:	
Plaats:	
Tel:	
Huisarts:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoon:	

MEDISCHE MACHTIGING

Leed u op het moment van het ongeval aan een of andere ziekte, kwaal of ongemak?
nee/ja, namelijk:

Gebruikte u medicijnen voor het ongeval?
nee/ja, namelijk:

5. ZIEKTEKOSTENVERZEKERAAR:

naam:	
polisnummer:	

6. ONGEVALLENVERZEKERING

hebt u of is voor u een ongevallen verzekering afgesloten? Ja/nee	
verzekeringsmaatschappij:	
polisnummer	

:

7. SCHADE

Expertiserapport auto opgemaakt:	
Kleding:	
Kosten i.v.m. ziekenhuisopname:	
Reiskosten:	
Huishoudelijke hulp:	
Medische kosten:	

Verlies aan verdienvermogen:	
Aanvulling van het loon door de werkgever?	
Verlies zelfwerkzaamheid:	
Overige:	

8. OVERIGE GEGEVENS/OPMERKINGEN

Datum intakegesprek:	
intake door:	
tijd:	

9. AFSPRAKEN: