

INTAKE-FORMULIER**1. PERSOONLIJKE GEGEVENS**

Naam (voor- en achternaam voluit)	
Adres (straat en huisnummer + postcode + plaats)	
Telefoon (vast en mobiel)	
IBAN rekeningnummer	
Geboortedatum	
BSN-nummer	
Rijbewijs nummer	
Burgerlijke staat (getrouwd, samenwonend, alleenstaand)	
Indien van toepassing naam partner	
Indien van toepassing naam en leeftijd thuiswonende kinderen	
Hobbies	

INTAKE-FORMULIER
2. BEROEPSGEGEVENS

Beroep	
Opleiding/diploma's	
Werkt u zelfstandig of in loondienst	
Netto inkomen	€ per week/maand
Bruto inkomen	€ per week/maand
Indien in loondienst:	
Naam werkgever	
Adres werkgever (straat en huisnummer + postcode + plaats)	
Telefoon	
Cao/bedrijfsvereniging	
Indien zelfstandig werkzaam:	
Naam KvK-inschrijving	
Overig	
Ziekteverzuim sinds	
Arbeidsverleden	

INTAKE-FORMULIER

3. ONGEVAL-GEGEVENS

Datum	
Gemeente	
Tijd	
Beschrijving van het ongeval	
Indien met gemotoriseerd vervoer, dan eigen kenteken noteren	
Proces-verbaal opgemaakt	Ja / Nee
Zo ja, door wie (naam verbalisant)	
Eigen gegevens	
Kenteken	
Autoverzekeraar	
Polisnummer	
Gegevens veroorzaker ongeval	
Kenteken veroorzaker	
Naam bestuurder	
Adresgegevens (straat en huisnummer + postcode + plaats)	
Verzekeraar veroorzaker	
Polisnummer	

INTAKE-FORMULIER

<i>Eventuele getuigen of inzittenden:</i>	
Naam getuige 1	
Adres (straat en huisnummer + postcode + plaats)	
Waar bevond de getuige zich ten tijde van de waarneming	
Naam	
Adres (straat en huisnummer + postcode + plaats)	
Waar bevond de getuige zich ten tijde van de waarneming	
Is er al contact geweest met de verzekeraar van de wederpartij?	Ja / Nee
Indien Ja:	
Letselschadenummer	
Aansprakelijk gesteld	Ja / Nee
Aansprakelijkheid erkend	Ja / Nee

4. MEDISCHE GEGEVENS

Huisarts	Ja / Nee
Naam huisarts	
Naam en adres van de praktijk	
Telefoon	

INTAKE-FORMULIER

Wordt/werd u in een ziekenhuis opgenomen?	Ja / Nee
Indien JA:	
Naam en plaats ziekenhuis	
Datum ziekenhuisopname (van tot)	
Naam behandelend arts	
Onderzoek/behandeling	
Voorgeschreven medicamenten	
Wordt/werd u in een verpleegtehuis/ revalidatiecentrum opgenomen?	Ja / Nee
Indien JA:	
Naam en plaats instelling	
Datum verblijf (van tot)	
Naam behandelend arts	
Onderzoek/behandeling	
Voorgeschreven medicamenten	
Wordt/werd u thuis verpleegd?	Ja / Nee
Indien JA:	
Datum thuiszorgperiode (van tot)	
Naam van de thuiszorgorganisatie	

INTAKE-FORMULIER

Wordt/werd u behandeld door een Fysiotherapeut?	Ja / Nee
Indien JA:	
Naam + plaatsnaam behandelaar	
Periode van behandeling (van tot)	
Hoeveel behandelingen per week en/of totaal?	
Onderzoek/behandeling	
Had/heeft u een andere behandeling, hierboven niet benoemd?	Ja / Nee
Indien JA:	
Naam + plaatsnaam behandelaar	
Periode van behandeling (van tot)	
Hoeveel behandelingen per week en/of totaal?	

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

Leed u op het moment van het ongeval aan een of andere ziekte, kwaal of ongemak?	Ja / Nee
Indien JA:	
Omschrijving van klachten	
Gebruikte u medicijnen vóór het ongeval?	Ja / Nee
Indien Ja:	
Omschrijving van medicatie	

INTAKE-FORMULIER**5. ZORGVERZEKERAAR**

Naam	
Polisnummer	

6. ONGEVALLENVERZEKERING

Heeft u of is voor u een ongevallen verzekering afgesloten?	Ja / Nee
Indien JA:	
Naam verzekeringsmaatschappij	
Polisnummer	

7. SCHADE

Kunt u zelf een inschatting maken van geleden (materiële) schade?	€
Schade aan voertuig	
Expertiserapport opgemaakt	Ja / Nee
Kleding	
Kosten i.v.m. ziekenhuisopname	
Reiskosten	
Huishoudelijke hulp/mantelzorg (of overige hulp derden in en om huis)	

INTAKE-FORMULIER

Medische kosten	
Verlies aan inkomen (netto per week of per maand)	
Aanvulling van het loon door de werkgever	Ja / Nee
Overig	

8. OVERIGE GEGEVENS/OPMERKINGEN

--