|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | Aanvraag Beoordeling werken met een voorziening | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | Voor opname in het doelgroepregister  Algemene vragen | | | | | | | | | | | |  | |
|  | **Waarom dit formulier?**  Kreeg u voordat u 18 werd of tijdens uw studie een ziekte  of handicap? En kunt u daardoor alleen met een voorziening werken? Dan kunt u met dit formulier een Beoordeling werken met een voorziening aanvragen.  **Wat vraagt u aan met een Beoordeling werken met een voorziening?**  UWV beoordeelt of u zonder de voorziening niet ten minste het minimumloon kunt verdienen. Als dit zo is, dan nemen wij u op in het doelgroepregister. U telt dan mee voor de banenafspraak.  **Wat is de banenafspraak?**  Kabinet en werkgevers hebben afgesproken dat zij extra banen creëren voor mensen met een ziekte of handicap. Begin 2026 moeten er in totaal 125.000 banen zijn bijgekomen voor mensen met een arbeidsbeperking, waarvan 25.000 banen in de overheidssector.  **Waarom opname in het doelgroepregister?**  Met de gegevens uit het doelgroepregister kan het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid controleren of werkgevers en overheid voldoende banen creëren voor mensen met een ziekte of handicap.  Als u in het doelgroepregister staat, telt u mee voor de banenafspraak. Dit kan voor een werkgever dus een extra reden zijn om u in dienst te houden. Of om u bij een sollicitatie aan te nemen. | | | |  | | **Wat moet u doen?**  U vult de vragen in op het formulier. Dat doet u op het deel met de algemene vragen en op het deel met de medische vragen.  Op het deel met de algemene vragen kunt u aangeven of u zelf vindt dat u zonder de voorziening niet ten minste het minimumloon kunt verdienen.  **Opsturen**  Stuur het deel met de algemene vragen en de envelop met de medische vragen samen met de gevraagde bijlagen terug naar:  UWV  Postbus 58300  1040 HH AMSTERDAM  Let op: stuurt u kopieën van rapporten of verslagen mee met uw aanvraag? Zet dan op elke bijlage rechts bovenaan uw naam en burgerservicenummer.  **Ontvangstbevestiging**  Nadat wij uw aanvraag hebben ontvangen, krijgt u een ontvangstbevestiging. Daarin staat de datum waarop u zeker weet of  u opgenomen wordt in het doelgroepregister. Dit is uiterlijk 8 weken  na ontvangst van uw aanvraag.  **Uitnodiging gesprek**  Nadat u het aanvraagformulier heeft opgestuurd, ontvangt  u misschien een uitnodiging voor een gesprek met onze arbeidsdeskundige of met onze verzekeringsarts.  **Meer informatie**  U vindt meer informatie op uwv.nl/arbeidsvermogen. U kunt ook bellen met UWV Telefoon Werknemers via 088 – 898 92 94 (lokaal tarief – belkosten zijn afhankelijk van uw telefoonaanbieder).Als u belt, houd dan uw burgerservicenummer bij de hand. Wij kunnen u dan sneller helpen. | | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  | Waarvoor teken ik | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | Intentieverklaring | |  | Ik geef op dit formulier juiste en volledige informatie over mijzelf en mijn situatie. | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | 1 |  | Uw persoonlijke gegevens | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |
| 1.1 | Gegevens aanvrager | |  | *Gebruikt u de achternaam van uw partner? Vul dan ook uw geboortenaam in.* | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | Voorletters en achternaam | |  | | | | |  | Man | Vrouw | | |  | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | Adres | |  | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | Postcode en plaats | |  | |  |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | Geboortedatum | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | Burgerservicenummer | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | Telefoonnummer waarop u overdag bereikbaar bent. | | | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | E-mailadres | |  | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.2 | Vult u deze aanvraag in met  hulp van iemand anders? | |  | *Bijvoorbeeld van een wettelijk vertegenwoordiger, zoals een ouder of voogd.*  Nee  Ja, ik krijg hulp van een: | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | Wettelijk vertegenwoordiger  Ouder  Anders | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | Naam contactpersoon | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | *Telefoonnummer waarop de contactpersoon overdag bereikbaar is.* | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | E-mailadres | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.3 | Zijn er dagen waarop wij beslist geen afspraak met u kunnen maken voor een gesprek? | |  | *Bij het plannen van een afspraak houden wij hiermee rekening.*  Nee/weet ik nog niet | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Ja⏵ | | Niet in (verwachte) periode⏵ | | | | | | | Van | | |  | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | | | | Tot en met | | |  | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Ja⏵ | | Niet op | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | 2 |  | Leefsituatie | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.1 | Woont of woonde u op uw 18e verjaardag in Nederland? | |  | Ja | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Nee, in | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.2 | Bent u op dit moment opgenomen in een zorginstelling? | |  | Nee | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Ja⏵Naam instelling | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | 3 |  | Uw ziekte of handicap | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.1 | Wanneer kreeg u uw ziekte of handicap? | |  | *Let op: vul hier geen medische gegevens in. Medische gegevens vult u in bij rubriek 2 van het medische deel van het formulier.*  *Als u de maand niet weet, vul dan alleen het jaartal in.* | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.2 | Vanaf wanneer kreeg u last van uw ziekte of handicap? | |  | *Als u de maand niet weet, vul dan alleen het jaartal in.* | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.3 | Is uw ziekte of handicap ontstaan voor uw 18e verjaardag? | |  | Ja⏵*Ga verder met vraag 4.1.*  Nee | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.4 | Heeft u in het jaar voor uw ziekte of handicap minimaal 6 maanden lessen gevolgd of stage gelopen? | |  | Nee | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Ja⏵ | Van | | |  | | | | | |  | Tot en met | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.5 | Heeft u in het jaar voor uw ziekte of handicap een financiële bijdrage voor een opleiding ontvangen? | |  | *Bijvoorbeeld studiefinanciering of een tegemoetkoming scholieren.*  Nee  Ja | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | 4 |  | Voorziening | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.1 | Welke voorziening(en)/ hulpmiddel(en) ontvangt u om te kunnen werken? | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.2 | Van wie ontvangt u de voorziening(en)? | |  | Van UWV | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Van de gemeente | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | ⏵*Stuur een kopie mee van de brief waarin de gemeente de voorziening toekent.* | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.3 | Denkt u zelf dat u zonder de voorziening niet het minimumloon kunt verdienen? | |  | Ja  Nee | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | 5 |  | Onderwijs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 5.1 | | | Heeft u basisonderwijs gevolgd? | |  | Nee, omdat | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  | ⏵*Ga verder met vraag 6.1.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  | Ja⏵*Vul onderstaand overzicht in.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | Naam school of instelling | | | | |  | Speciaal  onderwijs | | | | | Periode | | | | | | | | | |  | | Basisonderwijs afgerond | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | *Alleen jaartal invullen* | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  |  | | |  |  | Van | | | |  | | | Tot en met | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  |  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | Ja | | | Nee |  |  | | | |  | | |  | | |  | | Ja | Nee | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  |  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | Ja | | | Nee |  |  | | | |  | | |  | | |  | | Ja | Nee | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  |  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | Ja | | | Nee |  |  | | | |  | | |  | | |  | | Ja | Nee | |  | |  | |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 5.2 | | | Heeft u vervolgonderwijs gevolgd? | |  | Nee, omdat | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  | Ja⏵*Vul onderstaand overzicht in.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | Naam school of instelling | | | | |  | Speciaal  onderwijs | | | | | Periode | | | | | | | | | |  | | Vervolgonderwijs afgerond | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | *Alleen jaartal invullen* | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  |  | | |  |  | Van | | | |  | | | Tot en met | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  |  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | Ja | | | Nee |  |  | | | |  | | |  | | |  | | Ja | Nee | | Nog niet | |  | |
|  |  | |  | | | | |  |  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | Ja | | | Nee |  |  | | | |  | | |  | | |  | | Ja | Nee | | Nog niet | |  | |
|  |  | |  | | | | |  |  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | Ja | | | Nee |  |  | | | |  | | |  | | |  | | Ja | Nee | | Nog niet | |  | |
|  |  | |  | | | | |  |  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  | | |  | 6 |  | Werk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 6.1 | | | Werkt u op dit moment? | |  | Nee⏵*Ga verder met de ondertekening.*  Ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 6.2 | | | Werkt u in loondienst? | |  | Nee⏵*Ga verder met vraag 7.1.*  Ja⏵*Vul hieronder de gegevens in van uw werkgever.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  | Naam werkgever | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Adres | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Postcode en plaats | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Contactpersoon | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | Man | | Vrouw | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Telefoonnummer contactpersoon | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 6.3 | | | Wat is de ingangsdatum van het dienstverband? | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 6.4 | | | Hoeveel uur per week werkt u? | |  |  | | | | uren per week | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 6.5 | | | Welke functie heeft u? | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | 7 |  | Ondertekening aanvrager en/of wettelijk vertegenwoordiger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 7.1 | | | Ondertekend door | |  | Aanvrager⏵*Let op: bent u jonger dan 18 jaar? Dan moet dit formulier ook altijd worden ondertekend door uw wettelijk vertegenwoordiger. Bijvoorbeeld uw ouder of voogd.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Datum en handtekening aanvrager | | |  |  |  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  | Wettelijk vertegenwoordiger⏵*Bijvoorbeeld ouder of voogd.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  |  | Naam wettelijk vertegenwoordiger | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | Telefoonnummer waarop de wettelijk vertegenwoordiger overdag bereikbaar is. | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Datum en handtekening  wettelijk vertegenwoordiger | | |  |  |  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | |  | ⏵*Ga verder met het deel ‘Medische vragen’* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Aanvraag Beoordeling werken met een voorziening | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Medische vragen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **Waarom medische vragen?**  Op dit deel van het formulier vragen wij naar uw medische situatie. Wat zijn uw mogelijkheden? Waarmee heeft u moeite?  Dit medische deel is een aparte vragenlijst omdat het om vertrouwelijke informatie gaat. Alleen de verzekeringsarts van UWV leest de antwoorden. Dit geldt ook voor de door u meegestuurde bijlagen.  **Medische rapporten en verslagen**  Heeft u verslagen of rapporten over uw medische situatie in uw bezit? Dan wil onze verzekeringsarts die graag zien. Hij kan uw situatie dan sneller beoordelen.  Wij gaan altijd vertrouwelijk met uw gegevens om. Alleen onze verzekeringsarts leest uw medische rapporten en verslagen.  Als er onvoldoende informatie is voor de medische beoordeling, kan onze verzekeringsarts uw toestemming vragen om die ontbrekende informatie op te vragen bij uw huisarts of andere behandelaars. U hoeft dat niet zelf te doen. | | | | | | | | | | | | |  | **Wat moet u doen?**  Vul dit formulier met de medische vragen in. Doe het formulier samen met eventuele bijlagen in een gesloten envelop. Schrijf op de envelop ‘Medisch geheim’ en uw burgerservicenummer.  **Na de aanvraag** Nadat UWV uw aanvraag heeft ontvangen, krijgt u misschien een uitnodiging voor een gesprek met een verzekeringsarts. Hij bespreekt uw gezondheidssituatie met u. Soms vindt er ook een lichamelijk onderzoek plaats. | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | 1 |  | | Uw persoonlijke gegevens | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.1 | | Voorletters en achternaam | |  | | *Gebruikt u de achternaam van uw partner? Vul dan ook uw geboortenaam in.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Man | Vrouw |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.2 | | Burgerservicenummer | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | 2 |  | | Uw ziekte of handicap | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.1 | | Welke ziekte of handicap heeft u? | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.2 | | Door wie en wanneer is uw ziekte of handicap vastgesteld? | |  | | 1 | | Naam | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | Soort arts/specialist | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | | | | | | | *Als u de maand niet weet, vul dan alleen het jaartal in.* | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | Datum vaststelling handicap | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | 2 | | Naam | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | Soort arts/specialist | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | | | | | | | *Als u de maand niet weet, vul dan alleen het jaartal in.* | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | Datum vaststelling handicap | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.3 | | Welke belemmeringen heeft u in het dagelijks leven door uw ziekte of handicap? | |  | | *Geef een korte beschrijving van uw belemmeringen. Als u een gesprek heeft met de verzekeringsarts, dan zal hij dit verder met u bespreken.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.4 | | Bent u afhankelijk van begeleiding door anderen? | |  | | *Bijvoorbeeld verzorging of vervoer.*  Nee | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Ja, hulp bij | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | 3 |  | | Gegevens medisch behandelaar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.1 | | Wie is uw huisarts? | |  | | Naam | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Adres | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Postcode en plaats | | | | | | | |  | | | | | |  |  | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.2 | | Bent u onder behandeling bij 1 of meer specialisten of een psycholoog? | |  | | Nee | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Ja⏵ | | | 1 | Naam | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | Soort arts/specialist | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | Adres | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | Postcode en plaats | | | | | | |  | | | | |  |  | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | 2 | Naam | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | Soort arts/specialist | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | Adres | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | Postcode en plaats | | | | | | |  | | | | |  |  | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.3 | | Welke voorschriften of adviezen heeft u gekregen voor uw ziekte of handicap? | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | 4 |  | | Opname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.1 | | Bent u ooit voor uw ziekte of handicap in dagbehandeling geweest of opgenomen in een ziekenhuis of instelling? | |  | | Nee  Ja⏵*Vul onderstaand overzicht in.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | Naam ziekenhuis of instelling | | | | | | | | | |  | Jaar | | | | |  | Reden van opname | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | | ⏵*Vergeet niet het formulier te ondertekenen op het deel met de algemene vragen.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |