|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| zw25 |  |  |
| Wijzigingen doorgeven in uw gezondheid WIA |
|  |
|  | **Waarom dit formulier?**Met dit formulier geeft u het aan ons door als uw gezondheid beter of slechter wordt. Dit kan gevolgen hebben voor uw mogelijkheden om te werken. En voor de hoogte van uw WIA-uitkering. Uw uitkering kan gelijk blijven, hoger of lager worden.**Vul het formulier volledig in**Vul het formulier volledig in. Heeft u niet genoeg ruimte? Ga dan verder op een bijlage. Zet op elke bijlage uw burgerservicenummer (BSN) en het nummer van de vraag. **Aanvullende medische informatie**Heeft u schriftelijke informatie over uw ziekte gekregen van uw behandelaar (huisarts of specialist)? Stuur dan een kopie daarvan mee. **Let op:** Het gaat alleen om de schriftelijke informatie die u van uw behandelaar ontvangen heeft. U hoeft dus geen informatie op te vragen. Als onze arts meer informatie nodig heeft, vraagt hij deze zelf bij uw behandelaar op. Dit gebeurt in overleg met u. |  | **Opsturen**Stuur dit formulier en eventuele aanvullende medische informatie in een envelop met daarop vermeld ‘medisch geheim’ naar:UWVPostbus 566501040 AR Amsterdam**Nadat wij het formulier ontvangen hebben**Nadat wij het formulier hebben ontvangen, nemen wij binnen 5 werkdagen telefonisch contact met u op. We nemen dan samen met u het formulier door en we bekijken uw situatie. Na dit telefoongesprek ontvangt u een bevestiging per brief.**Medisch geheim**Uw medische gegevens vallen onder het medisch geheim. Wij bewaren deze informatie in uw medisch dossier. Alleen ons medisch personeel mag uw medische informatie inzien. **Meer informatie**U vindt meer informatie op uwv.nl. 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 | Voorletters en achternaam |  | *Gebruikt u de achternaam van uw partner? Vul dan ook uw geboortenaam in.* |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.2 | Adres |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.3 | Postcode en plaats |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.4 | Burgerservicenummer |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.5 | Telefoonnummer |  | *Waarop u overdag bereikbaar bent.* |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1.6 | E-mailadres |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 2 |  | Uw situatie |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.1 | Hoe is op dit moment uw gezondheid als u die vergelijkt met de situatie toen uw WIA-uitkering begon of in vergelijking met uw laatste beoordeling? |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.2 | Wat is er in uw gezondheid verbeterd of verslechterd? |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| 2.3 | Wat betekent dit voor u? |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.4 | Vanaf ongeveer welk moment is uw gezondheid veranderd? |  | *Wij begrijpen dat het lastig is om deze vraag te beantwoorden, maar kunt u een moment aangeven?* |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.5 | Wat heeft u gedaan nadat u merkte dat er iets in uw gezondheid veranderd was? |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.6 | Hoelang denkt u dat uw klachten nog gaan duren? |  | ⬜ 2 maanden of korter⬜ Langer dan 2 maanden⬜ Ik weet het niet |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.7 | Heeft u in de afgelopen 2 maanden contact gehad met uw huisarts? |  | ⬜ Nee⬜ Ja |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.8 | Bent u in behandeling bij een specialist?  |  | ⬜ Nee |  |
| ⬜ Ja ⏵ | Bij wat voor soort specialist bent u in behandeling? |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.9 | Bent u op dit moment opgenomen in een ziekenhuis, verpleeghuis of andere instelling? |  | ⬜ Nee  |  |
| ⬜ Ja ⏵ | In wat voor soort instelling bent u opgenomen (bijvoorbeeld ziekenhuis, verpleeghuis, GGZ-instelling)? |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.10 | Staat u op een wachtlijst voor opname in een ziekenhuis, verpleeghuis of andere instelling? |  | ⬜ Nee  |  |
| ⬜ Ja ⏵ | In wat voor soort instelling wordt u opgenomen (bijvoorbeeld ziekenhuis, verpleeghuis, GGZ-instelling)? |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.11 | Is het aantal behandelingen dat u krijgt in de afgelopen periode veranderd? |  | ⬜ Ik word niet behandeld⬜ Nee |  |  |
| ⬜ Ja, omdat  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.12 | Heeft u nog andere opmerkingen of informatie die u wilt geven over uw medische situatie? |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 3 |  | Werk |  |
|  |  |  |  |  |
| 3.1 | Doet u op dit moment betaald werk of vrijwilligerswerk? |  | ⬜ Ja⬜ Nee |  |
|  |  |  |  |  |
| 3.2 | Bent u meer of minder gaan werken? |  | ⬜ Meer⬜ Minder⬜ Gelijk |  |
|  |  |  |  |  |
| 3.3 | Verwacht u dat u de komende 12 maanden meer, minder of evenveel kunt werken als nu? |  | ⬜ Meer⬜ Minder⬜ Evenveel |  |
|  |  |  |  |  |
| 3.4 | Heeft u nog andere opmerkingen of informatie die u wilt geven over uw mogelijkheden om te werken? |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 4 |  | Aanvullende medische informatie  |  |
|  |  |  |  |  |
| 4.1 | Stuurt u aanvullende medische informatie mee? |  | ⬜ Ja⬜ Nee |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 5 |  | Ondertekening |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Datum en handtekening |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |