



INTAKEFORMULIER	Dossiernummer	
	Datum intake	
	Code intaker	

BENADEELDE						
Voor- en achternaam					<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Adres (straat)						
Postcode en woonplaats						
Geboortedatum						
Telefoonnummer	Vast		M			
E-mail adres						
BSN-nummer						
Bankrekeningnummer (IBAN)					t.n.v.	
Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> Gehuwd	<input type="checkbox"/> Ongehuwd	<input type="checkbox"/> Gescheiden	<input type="checkbox"/> Anders		
Naam partner						
Aantal thuiswonende kinderen			Leeftijden			
Woonsituatie	<input type="checkbox"/> huur	<input type="checkbox"/> koopwoning	<input type="checkbox"/> inwonend	<input type="checkbox"/> met tuin	<input type="checkbox"/> zonder tuin	

DATUM- EN SOORT ONGEVAL				
Wat voor soort ongeval is het?	<input type="checkbox"/> verkeersongeval	<input type="checkbox"/> arbeidsongeval	<input type="checkbox"/> anders, namelijk:	
Betrokken als	<input type="checkbox"/> bestuurder	<input type="checkbox"/> inzittende <input type="checkbox"/> opzittende	<input type="checkbox"/> voetganger <input type="checkbox"/> fietser	<input type="checkbox"/> anders, namelijk:
Datum ongeval	Adres van ongeval			

KORTE BESCHRIJVING TOEDRACHT

Is er sprake van letselschade?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, (zie hieronder)	
Bent u overgebracht naar het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, naam	
Heeft er een opname plaatsgevonden?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, dagen	
Is er politie aanwezig geweest?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, van bureau	
Zijn er getuigen bekend?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk;	
Naam, adres, tel. getuige			
Naam, adres, tel. getuige			

LETSEL	<i>Aard van het opgelopen letsel en klachten</i>

BEHANDELINGSTRAJECT			
Huisarts		Tel.	
Adres, postcode en plaats			
Fysiotherapie		Tel.	
Adres, postcode en plaats			
Psycholoog		Tel.	
Adres, postcode en plaats			
Neuroloog/Orthopeed		Tel.	
Adres, postcode en plaats			
Revalidatiearts		Tel.	
Adres, postcode en plaats			
Anders		Tel.	
Adres, postcode en plaats			

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS	<input type="checkbox"/> Gezond	<input type="checkbox"/> Klachten, namelijk:

VERZEKERINGEN BELANGHEBBENDE					
Zorgverzekering				Polisnummer	
Rechtsbijstandverzekering	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, bij		Polisnummer	
Inzittendenverzekering	<input type="checkbox"/> OVI	<input type="checkbox"/> SVI bij		Polisnummer	
Opzittende verzekering (bromfiets/scooter/motor)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, bij		Polisnummer	

WEDERPARTIJ			
Verzekerde (naam voluit)			
Adres, postcode en plaats			
Telefoonnummers		M	
Bestuurder (naam voluit)			
Adres, postcode en plaats			
Telefoonnummers		M	

GEGEVENS AANSPRAKELIJKE VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ			
Naam verzekeringsmaatschappij			
Adres, postcode en plaats			
Contactpersoon		Telefoonnummer	
E-mail		Polisnummer	
Schadenummer		Kenteken	

ARBEID (in loondienst)					
Naam werkgever					
Functie/beroep					
Adres, postcode en plaats					
Inkomsten	<input type="checkbox"/> Loondienst	<input type="checkbox"/> Uitkering	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk;		
Voor het ongeval		uur per week	Na het ongeval		uur per week
Inkomen (in euro's)		<input type="checkbox"/> Bruto	<input type="checkbox"/> Netto	Per	
Wordt u loon doorbetaald?	<input type="checkbox"/> Ja, volledig	<input type="checkbox"/> Nog onbekend	<input type="checkbox"/> Nee		
Is er sprake van verschil in inkomen na het ongeval?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	Vershil		
Neveninkomsten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, bestaat uit van			
Bent u nog arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, gedeeltelijk	<input type="checkbox"/> Ja, geheel	<input type="checkbox"/> Hoe lang?	

GEGEVENS EIGEN BEDRIJF (Zelfstandig Ondernemer)					
Naam bedrijf					
Adres, postcode en plaats					
Contactpersoon		Tel.			
Gestart sinds		KvK-Nr.			
Voor het ongeval		uur per week	Na het ongeval		uur per week
Netto inkomen		<input type="checkbox"/> Per week	<input type="checkbox"/> Per maand		
Is er sprake van verschil in inkomen na het ongeval?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Nog onbekend	Vershil		
Neveninkomsten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, bestaat uit van			
Bent u nog arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, gedeeltelijk	<input type="checkbox"/> Ja, geheel	<input type="checkbox"/> Ja, hoe lang?	
AOV-verzekering	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, bij		Polisnr.	

OPLEIDING/DIPLOMA'S	
Opleiding/school	

HOBBY'S

SCHADE (een nadere uitgebreide schade-inventarisatie zal nog volgen)			
Is huishoudelijke hulp nodig?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Autoschade/scooter/fiets	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk		
Zijn er beschadigde en/of verloren goederen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk:	Aankoopdatum	Nieuw/dagwaarde

OVERIGE: Ruimte voor aanvullende opmerkingen

ENQUETE			
Heeft u behoefte aan benadering in eigen taal?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Zo ja, welke taal?	<input type="checkbox"/> Arabisch	<input type="checkbox"/> Turks	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk
Hoe heeft u Randstad Letselschade & Advies gevonden?			

BIJLAGEN/STUKKEN (kopieën)		
<input type="checkbox"/> ID-bewijs	<input type="checkbox"/> zorgpas	<input type="checkbox"/> bankpas
<input type="checkbox"/> SAF (EU schadeformulier)	<input type="checkbox"/> medische verklaringen	<input type="checkbox"/> foto's
<input type="checkbox"/> Overige, namelijk:		
<input type="checkbox"/> Overige, namelijk:		