**Communicatieformulier voor huis- en bedrijfsartsen (volgens KNMG-code)**

**Uitwisseling van medische gegevens i.v.m. de sociaal medische begeleiding van werknemers**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Afzender:** |  |  |  |
| Naam arts: |  | Functie: |  |
| Adres: |  | Postcode/plaats: |  |
| Telefoon: |  | Email: |  |
|  |  |  |  |
| **Ontvanger:** |  |  |  |
| Naam arts: |  | Functie: |  |
| Adres: |  | Postcode/plaats: |  |

Geachte collega, Datum: DATUM

Ik zag heden uw patiënt NAAM , geboren GEBOORTEDATUM van bedrijf/organisatie NAAM met als FUNCTIE en wel ziekgemeld sinds DATUM .   
  
Met het volgende doel:  diagnose behandeling verzuimbegeleiding re-integratie

**Ik heb dit formulier\* aan uw patiënt meegegeven om de volgende reden(en):**

Mijn relevante informatie/bevinding voor u is *(probleemdiagnose PAGO)*:

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Graag verwijs ik hem/haar/hen naar u met de volgende vraag:

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Er ontbreekt nog de volgende (feitelijke) informatie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Afstemming van inzicht/advies lijkt mij gewenst over:

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Gaarne uw reactie *(indien van toepassing)* op het antwoordformulier vermelden en aan patiënt/werknemer meegeven. Zo nodig kunt u mij telefonisch bereiken.

Met collegiale hoogachting,

Handtekening (arts/afzender) ……………………………………………………………………………………….

**Machtiging***Ondergetekende, naam patiënt/werknemer ………………… verklaart toestemming te verlenen voor het verstrekken van de hierboven gevraagde gegevens.* *Ik verleen wel toestemming voor eventueel nader overleg tussen bovengenoemde artsen. Deze toestemming betreft uitsluitend overleg en afstemming, noodzakelijk om over voldoende informatie te beschikken met het oog op adequate behandeling, verzuimbegeleiding of re-integratieplan en geldt voor deze klachtenepisode. Deze informatie is uitsluitend bedoeld voor bovengenoemde artsen en mag niet zonder mijn toestemming verstrekt worden aan derden.* *Ik begrijp het doel van dit overleg.*

*Ondergetekende, naam patiënt/werknemer …………………*

Handtekening patiënt/werknemer ……………………………………………………………………………………….

**Bereikbaarheid (dag en tijd)**

VUL IN

**Declaratie**

VUL IN

**Antwoordformulier bij communicatieformulier voor huis- en bedrijfsartsen (volgens KNMG-code).  
Uitwisseling van medische gegevens i.v.m. de sociaal medische begeleiding van werknemers.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Afzender:** |  |  |  |
| Naam arts: |  | Functie: |  |
| Adres: |  | Postcode/plaats: |  |
| Telefoon: |  | Email: |  |
|  |  |  |  |
| **Ontvanger:** |  |  |  |
| Naam arts: |  | Functie: |  |
| Adres: |  | Postcode/plaats: |  |

Geachte collega, Datum: DATUM

Naar aanleiding van uw schrijven d.d. DATUM, heb ik met uw patiënt NAAM geboren GEBOORTEDATUM mijn antwoord/reactie besproken.

Mijn antwoord/reactie\* is:

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Zo nodig, kunt u mij telefonisch bereiken.

Met collegiale hoogachting,

Handtekening (arts/afzender) …………………………………………………… Datum: DATUM

Op dit formulier is de CTG-vergoedingsregeling van toepassing.