

AGR formulier 2: Intake re-integratiecoördinator

Naam revalidant:	
Revalidantnummer:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer:	
E-mail:	
Revalidatiearts:	
Opname datum (kliniek):	
Start poliklinische behandeling:	
Datum van invullen:	
Re-integratiecoördinator:	
Vraagstelling vanuit het behandelteam:	
Diagnose	
Diagnose:	
Letsel ontstaan ten gevolge van:	☐ bedrijfsongeval ☐ ongeval ☐ ziekte ☐ combinatie
Fysiek ⁱ : (zitten, staan, lopen, verplaatsen, bukken/tillen)	
Cognitie ⁱ :	
Sociaal-maatschappelijk ⁱ :	

ⁱ Hier kunnen de belangrijkste problemen genoteerd worden

Gegevens van de werkgever	
Naam werkgever:	
Adres:	
Naam leidinggevende/contactpersoon:	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	
Gegevens van de betrokken arbodienst/bedrijfsarts	
Betrokken arbodienst/bedrijfsarts:	
Telefoonnummer bedrijfsarts:	
E-mailadres:	
Gegevens van de overige betrokken partijenⁱⁱ	
Overige betrokken partijen:	
Naam contactpersoon:	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	
Gegevens over de werkfunctie	
Functie:	
Omschrijving van de functie:	
Belangrijkste taken binnen de functie:	
Aard van de functie: (op kantoor, statisch of dynamisch, buiten, op de weg)	
Arbeidsbelasting: (inhoud, verhouding, omstandigheden, voorwaarden, regelmogelijkheden)	
Vooropleiding/werkervaring:	

ⁱⁱ Bijvoorbeeld een MEE organisatie, een andere zorginstelling of een betrokken partij in geval van een letselschadezaak

Arbeidsrelatie: (werkgever, direct leidinggevende, collega's, bedrijfsarts)	
Gegevens over het dienstverband	
Vast/tijdelijk contract:	
Fulltime/parttime dienstverband:	
Omvang dienstverband (aantal uur per week):	
Duur van dienstverband:	
Reeds ziekmelding gedaan:	o Ja o Nee
Datum 1 ^e ziekmelding:	
Mobiliteit	
Vervoersmogelijkheden:	
Rijbewijs:	
Arbeidsvraag van de revalidant	
Open voor mogelijkheid begeleiding naar het werk?	
Motivatie ten aanzien van terugkeer naar werk?	
Welke vragen op dit moment met betrekking tot werk?	
Is er toestemming voor vervolg AGR:	o Ja o Nee
Is er toestemming voor contact werkgever:	o Ja o Nee
Is er toestemming voor contact bedrijfsarts:	o Ja o Nee
Trajectvoorstel/Acties	
Opmerkingen	