

AGR formulier 1: Intake arts

Naam revalidant:

Geboortedatum:

Revalidantnummer:

Revalidatiearts:

Datum invullen:

1. Besluit van de revalidatiearts ten aanzien van de inzet van de re-integratiecoördinatorⁱ

- ☐ Ja
- ☐ Nee, omdat:

2. Ingeschatte duur revalidatietrajectⁱ

- ☐ 3-6 weken
- ☐ 7-12 weken
- ☐ 13-19 weken
- ☐ 20-26 weken

3. Aanvullende informatie

ⁱ Aanvinken wat van toepassing is