|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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:  UWV  Postbus 56650  1040 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 | |  | |  | | | |  |  | | |  |
|  | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | |  |