**AANVRAAGFORMULIER SECOND OPINION**

***In te vullen door eigen bedrijfsarts***

🗌 *Ik verklaar hierbij dat ik c.q. de arbodienst waar ik werkzaam ben, is aangesloten bij de initiatiefnemers van de Landelijke pool bedrijfsartsen second opinion (OVAL, KoM of ZFB)*

Aan:

|  |
| --- |
| **Naam second opinion bedrijfsarts (op basis van lijst www.bedrijfsartsensecondopinion.nl)** |
| Naam |  |
| Werkzaam bij |  |

|  |
| --- |
| **Werknemer** |
| Naam |  |
| Geboortedatum |  |
| De noodzakelijke persoonsgegevens zijn vermeld op bijgaande machtiging. |

|  |
| --- |
| **Gegevens aanvragend bedrijfsarts** |
| Naam |  |
| Werkzaam bij |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |

Hierbij verzoek ik u werknemer uit te nodigen en op basis van eigen onderzoek te komen tot een zelfstandig oordeel en advies (second opinion) met onderstaande vraagstelling als uitgangspunt.

|  |
| --- |
| **Aanleiding second opinion** |
| Geef hier aan waarop de second opinion betrekking heeft: * verzuimbegeleiding
* een uitgevoerd arbeidsgezondheidskundig onderzoek
* consultatie met betrekking tot gezondheidskundige vragen in verband met arbeid (waaronder beroepsziekten
 |

|  |
| --- |
| **Vraagstelling second opinion** |
|  *(beschrijf deze zo concreet mogelijk, in overleg met de werknemer. Deze accordeert de vraagstelling op de bijbehorende machtiging)*  |  |

Werknemer gaat akkoord met de vraagstelling

Werknemer geeft wel/niet toestemming om relevante (medische) gegevens aan u te verstrekken ten behoeve van de uitvoering van dit second opinion. De relevante gegevens zijn wel/niet bijgevoegd bij deze aanvraag. Mocht u nog meer informatie of gegevens nodig hebben dan verneem ik dat graag van u.

Werknemer is door mij geïnformeerd over het verloop van het proces, zijn blokkeringsrecht, de wijze van terugkoppeling en de voortgang op basis van uw second opinion.

Naam:

Datum:

Handtekening: