



# VERTROUWELIJK MEDISCH INLICHTINGENBLAD

naam

.....

voornaam

.....

adres: straat

.....

nummer

.....

bus

.....

postcode

.....

plaats

.....

geboorteplaats

.....

geboortedatum

.....

Gelieve de volgende vragen te beantwoorden door ja of neen aan te kruisen en **uw verklaring steeds toe te lichten** in de voorziene ruimte na de vraag, en eventueel verder op de hiervoor voorziene ruimte op de laatste bladzijden van het formulier.

- 1** Werd u reeds onderzocht voor het afsluiten van een verzekering?  JA  NEEN
- Werd het afsluiten van de verzekering om een medische reden geweigerd of slechts toegestaan met een verhoogde premie, of werd een uitgesloten risico geformuleerd?  JA  NEEN
- Indien ja, om welke reden?*
- .....
- .....

- 2** **A.** Uw gewicht bedraagt nu: ..... kg
- B.** Uw lengte: ..... cm
- C.** Is uw gewicht de laatste 5 jaar gewijzigd met meer dan 5 kg?  JA  NEEN
- Zo ja, met hoeveel kg?  $\oplus$  ..... kg of  $\ominus$  ..... kg*
- Was deze gewichtswijziging gevolg van een medische aandoening of hebt u in verband hiermee een geneesheer geconsulteerd?  JA  NEEN
- Zo ja, gelieve toe te lichten:*
- .....
- .....

- D.** Neemt u regelmatig of occasioneel geneesmiddelen, of krijgt u regelmatig injecties?  JA  NEEN
- Zo ja, welke en voor welke aandoening?*
- .....
- .....
- .....

**E.** Gebruikt u een verdovend of opwekkend middel (zoals cannabis, amfetamines,...)?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wat, hoeveelheid, frequentie,...):*

.....

.....

.....

**3 A.** Gebruikt u alcoholische dranken?  JA  NEEN

*Zo ja, welke? Hoeveel per dag, per week?*

.....

.....

.....

**B.** Rookt u?  JA  NEEN

*Zo ja, hoeveel?*

.....

.....

.....

**C.** Doet u regelmatig aan sport?  JA  NEEN

*Zo ja, welke? Hoe vaak?*

.....

.....

.....

**4 A.** Consulteerde u reeds een geneesheer specialist?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wanneer, welke medische specialiteit, reden, gestelde diagnose,...):*

.....

.....

.....

**B.** Volgde u reeds een dieet-, rust - of ontwenningsskuur?  
Verbleef u reeds in een herstel- of revalidatiecentrum?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wanneer, reden, duur, evolutie, behandeling, huidige toestand):*

.....

.....

.....

**C.** Verbleef u reeds in een ziekenhuis?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wanneer, diagnose, duur, evolutie, behandeling, huidige toestand):*

.....

.....

.....

**D.** Volgde u reeds kinesitherapie of fysiotherapie of een andere manuele behandeling?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wanneer, voor welke aandoening, duur, evolutie, huidige toestand):*

.....

.....

.....

**E.** Werd er gedurende de twee laatste jaren een radiografisch onderzoek of ander beeldvormend onderzoek verricht (zoals scanner, MRI of NMR, botscan,...)?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wanneer, reden, diagnose, behandeling, evolutie, huidige toestand):*

.....

.....

.....

**F.** Werd er reeds een EMG (= electrofysiologisch onderzoek van spieren en zenuwen), een ECG (electrocardiogram = onderzoek hart) of een EEG (electroencefalogram = onderzoek hersenen) uitgevoerd?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wanneer, reden, diagnose, behandeling, evolutie, huidige toestand):*

.....

.....

.....

**G.** Werd er gedurende de laatste twee jaren een bloed -of urineonderzoek uitgevoerd?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wanneer, reden, diagnose, behandeling, evolutie, huidige toestand):*

.....

.....

.....

**H.** Hebt u reeds een heelkundige ingreep ondergaan?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wanneer, voor welke aandoening of letsel, evolutie, behandeling, huidige toestand):*

.....

.....

.....

**I.** Hebt u reeds radiotherapie (X-stralen, behandeling met radioactieve stoffen) of chemotherapie ondergaan?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wanneer, diagnose, behandeling, evolutie, huidige toestand):*

.....

.....

.....

**5** Leed of lijdt u aan een aandoening van, had of hebt u klachten van  
(zo ja, gelieve telkens toe te lichten: wanneer, diagnose, behandeling, evolutie, huidige toestand,...)?

**A.** ademhalingsorganen: neus, keel, luchtpijp, longen, longvliezen,...  
(bv. chronische neusverstopping, hooikoorts, astma, sinusitis, heesheid,...)  JA  NEEN

.....

.....

.....

**B.** bloedsomloop, hart (bv. hoge bloeddruk, hartkloppingen, pijn op de borst,  
hartinfarct, hartgeruis, oedemen, spataders,...), verhoogd cholesterol  JA  NEEN

.....

.....

.....

**C.** spijsvertering, (bv. aandoening van de mond, slokdarmontsteking, maagontsteking,  
maagzweer, bloeding van maag of darmen, ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa,  
aandoening van lever, gal, pancreas,...)  JA  NEEN

.....

.....

.....

**D.** beenderen, gewrichten of spieren (bv. reuma, osteoporose, gewrichtsbandletsel,  
peesletsels, aandoeningen van de wervelzuil, rug- of nekklachten, lumbago, ischias,...)  JA  NEEN

.....

.....

.....

**E.** urinewegen: nieren, blaas, prostaat,...  
(bv. infecties, suiker of eiwit albumine in de urine, incontinentie,...)  JA  NEEN

.....

.....

.....

**F.** geslachtsorganen (bv. aandoeningen van de prostaat, baarmoeder, borsten,... )  JA  NEEN

.....

.....

.....

**G.** oren of evenwichtsorgaan  
(bv. lopend oor, gehoorstoornis, aandoening van het trommelvlies, oorsuizen, duizelingen,...)  JA  NEEN  
(gelieve ook rechts/links te vermelden)

.....

.....

.....

**H.** endocriene organen en stofwisseling: schildklier, hypofyse, bijniere, ...  
(bv. suikerziekte, jicht,...)

◇ JA ◇ NEEN

**I.** bloed en bloedvormende organen (bv. bloedarmoede, bloedplaatjeste kort, stollingsstoornis,...)

◇ JA ◇ NEEN

**J.** huid (bv. eczeem, psoriasis,...)

◇ JA ◇ NEEN

**K.** zenuwstelsel (bv. verlamming, epilepsie, multiple sclerose, chronische pijn,...)

◇ JA ◇ NEEN

**6** Lijdt of leed u aan:

*(zo ja, gelieve telkens toe te lichten: wanneer, diagnose, behandeling, evolutie, huidige toestand,...)*

**A.** een bijzondere infectie

(bv. geslachtsziekte, hepatitis, HIV, tuberculose, ziekte van Lyme, CMV, tropische ziekte,...)

◇ JA ◇ NEEN

**B.** een kwaadaardige aandoening (kanker)

◇ JA ◇ NEEN

**C.** allergie (bv. hooikoorts, allergisch astma, allergisch eczeem,...)

◇ JA ◇ NEEN

*(zo ja, gelieve toe te lichten waaraan u allergisch bent, welke behandeling gevolgd werd of wordt, en expliciet de aan- of afwezigheid van klachten van de lagere luchtwegen – astmatische klachten, hoest,... – te vermelden)*

7. A. Draagt u een bril of lenzen?  JA  NEEN

*Indien het een refractiestoornis betreft (verziendheid, bijziendheid of myopie),*

*gelieve de graad van correctie te vermelden:*

*(ook aan te geven indien u hiervoor heelkundig behandeld werd: wat was de afwijking voorafgaand aan de ingreep?)*

.....

.....

.....

- B. Leed of lijdt u aan een andere of bijkomende oogaandoening of gezichtsstoornis (bv. oogtrauma, ontstekingen, lensvertroebeling, verhoogde oogdruk, kleurenblindheid, andere gezichtsstoornis,...)?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wanneer, diagnose, behandeling, evolutie, huidige toestand) met links/rechts vermelding:*

.....

.....

.....

8. A. Hebt u ooit aan een psychische aandoening geleden, of hebt u psychische klachten gehad (zoals angststoornissen, burn-out, depressie, eetstoornissen, zelfmoordpoging, waanideeën, hallucinaties, psychose,...)?  JA  NEEN
- B. Hebt u nu psychische klachten?  JA  NEEN
- C. Consulteerde u reeds een psychiater of psycholoog?  JA  NEEN
- D. Hebt u ooit medicatie voor psychische klachten genomen?  JA  NEEN

*Zo u op één van deze vragen ja antwoordt, gelieve verder toe te lichten*

*(wanneer, diagnose en klachten, medicatie of andere behandeling, evolutie, huidige toestand):*

.....

.....

.....

9. Was u reeds slachtoffer van een ongeval?  JA  NEEN

*Zo ja, gelieve toe te lichten (wanneer, letsels, behandeling, evolutie, huidige toestand):*

.....

.....

.....

- Was of is er een tussenkomst van een verzekering (bv. verzekeraar arbeidsongevallen, persoonlijke ongevallen, burgerlijke aansprakelijkheid,...)?  JA  NEEN

*Zo ja, werd een blijvende invaliditeit erkend? Welke?*

.....

.....

.....



