



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?

.....

.....

.....

