

# VERTROUWELIJK MEDISCH INLICHTINGENBLAD

TER ATTENTIE VAN DE ADVISERENDE ARTS – VERTROUWELIJKE MEDISCHE INFORMATIE

## ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Naam	Voornaam	
Geboortedatum	Geslacht: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk <input type="checkbox"/> X	
Adres :		
Telefoon	Email	Beroep

## INSTRUCTIES

De kandidaat moet de vragenlijst zelf invullen, de bijbehorende vakjes aanvinken en de secties invullen wanneer een opmerking gewenst is. Gelieve de vragenlijst volledig en nauwkeurig in te vullen. De aansluitingsprocedure zal aanzienlijk versneld worden als u bij dit inlichtingenblad elk relevant medisch dossier waarover u reeds beschikt, bijvoegt.

### 1. ALGEMEEN

a. Heeft u ooit een verzekering afgesloten?  nee  ja

Indien ja, werd u reeds onderzocht voor het afsluiten van een verzekering? .....

Werd het afsluiten van de verzekering om een medische reden geweigerd of slechts toegestaan met een verhoogde premie? .....

Indien ja, werd de verzekering afgesloten met een medische uitsluitingen? .....

Welke? .....

### 2. LEVENSGEWOONTEN

a.1 Wat is uw huidige gewicht? .....

a.2 Is uw gewicht de laatste 5 jaren gewijzigd?  nee  ja

Indien ja, hoeveel kilos? .....

Gewichtstoename : ..... Kg

Gewichtsverlies : ..... Kg

In welke context (dieet, ziekte, levensstijl, ...)? .....

a.3 Heeft u reeds een medisch specialist of diëtist/voedingsdeskundige geraadpleegd betreffend uw gewichtstoename of gewichtsverlies?  nee  ja

Indien ja, wanneer .....

Hoe vaak : .....

Nog bezig  ja  nee, gestopt sinds : .....

Specialiteit(en) van de arts(en) of therapeut(en) : .....

b. Wat is uw lengte? .....

c.1 Heeft u in de afgelopen 6 maanden, gemiddeld meer dan 2 glazen alcohol per dag gedronken?  nee  ja

Bier : ..... glas(zen) / dag

Aperitief : ..... glas(zen) / dag

Wijn : ..... glas(zen) / dag

Sterke alcohol : ..... glas(zen) / dag

c.2	Heeft u reeds periodes gehad waar u het dagelijkse verbruik van 2 glazen alcohol per dag overschreed?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
d.	Rookt u of heeft u tijdens de laatste 12 maanden ( sigaretten, cigarillo's, sigaren, joints, ...) gerookt?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien ja, sinds wanneer rookt u? ..... Hoeveel per dag: ..... / dag Indien u bent gestopt met roken, sinds wanneer: ..... Hoeveel eenheden per dag rookte u ..... / dag Hoeveel jaar heeft u geroken: .....
e.	Gebruikt u of heeft u tijdens de afgelopen 10 jaren stimulerende/verdoovende middelen of drugs geconsumeerd ?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien ja, sinds wanneer: ..... Welk type: ..... Hoe vaak: ..... Bent u gestopt? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja Als u bent gestopt, sinds wanneer: .....
f.	Raadpleegt u of heeft u ooit een arts of andere therapeut met betrekking tot uw verbruik geraadpleegd?			Indien ja, specificeer :
	<input type="checkbox"/> alcohol	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Sinds wanneer : .....
	<input type="checkbox"/> tabak	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Specialiteit van de arts of therapeut: .....
	<input type="checkbox"/> stimulerend/verdoovende middelen of drugs	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Hoe vaak : .....
	<input type="checkbox"/> medicatie	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Nog in behandeling <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee, gestopt sinds.....
	welke .....			
g.	Beoefent u een sport ?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien ja, welke : .....
h.	Beoefent u extreme sport(en) ?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien ja, welke : .....
i.	Beoefent u een sport als onderdeel van een sportwedstrijd ?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Professioneel <input type="checkbox"/> Semi-Professioneel

### 3. ALGEMENE ACHTERGROND

a.1	Bent u in de afgelopen 10 jaar geopereerd geweest ?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien ja, wanneer : ..... Voor welke pathologie(ën)/probleem(en) : ..... Duur van de ziekenhuisopname, indien van toepassing : .....
a.2	Waren er complicaties ?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien er complicaties waren, gelieve te willen specificeren : .....
b.	Heeft u een operatie ondergaan als onderdeel van cosmetische chirurgie	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien ja, wanneer : .....
	Bariatrische chirurgie (overgewicht)	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien ja, wanneer : .....
c.	Bent u slachtoffer geweest van een verkeersincident de voorbije 10 jaar?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien ja, wanneer : ..... Welke verwonding(en) heeft u opgelopen ..... Werd er een dokter geraadpleegd <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Indien er een dokter werd geraadpleegd, gelieve de naam en de specialiteit van de dokter te vermelden .....
d.1	Bent u als invalide of werkonbekwaam erkend?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien ja, welke handicap/invaliditeit: .....
d.2	Werd er u een permante handicapsgraad toegewezen ?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien ja, welke graad? .....%
e.	Hebt u reeds een radiografisch onderzoek, echografie, scanner, MRI of NMR ondergaan?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Indien ja, wanneer : ..... De type onderzoek(en) : ..... Om welke reden(en) : .....

- f. Werd er reeds een electrocardiogram, elektro-encefalogram een elektrofysiologisch of slaaponderzoek uitgevoerd?  nee  ja Indien ja, wanneer : .....  
De type onderzoek(en) : .....  
Om welke reden(en) : .....
- g. Heeft u ooit een spijsverteringsendoscopie hoog of laag (gastroscopie colonoscopie, sigmoïdoscopie...) uitgevoerd?  nee  ja Indien ja, wanneer : .....  
De type onderzoek(en) : .....  
Om welke reden(en) : .....
- h. Werd er reeds een bloedonderzoek uitgevoerd?  nee  ja Indien ja, wanneer : .....  
Voor welk motief : .....
- i. Raadpleegt u of heeft u ooit een gespecialiseerde arts of therapeut geraadpleegd?  nee  ja Indien ja, wanneer : .....  
Hoe vaak : .....  
Nog in behandeling  ja  nee, gestopt sinds: .....  
Voor welk motief : .....  
Specialiteit(en) van de arts(en) of therapeut(en) : .....
- j. Neemt u of heeft u ooit op regelmatige basis medicatie gebruikt ?  nee  ja Indien ja, wanneer : .....  
Hoe vaak : .....  
Nog in behandeling  ja  nee, gestopt sinds: .....  
Voor welk motief : .....  
Specialiteit(en) van de arts(en) of therapeut(en) : .....
- k. Heeft u ooit gebruik gemaakt van alternatieve/ onconventionele geneeskunde ?  nee  ja Indien ja, wanneer : .....  
Hoe vaak : .....  
Nog in behandeling  ja  nee, gestopt sinds: .....  
Voor welk motief : .....  
Specialiteit(en) van de arts(en) of therapeut(en) : .....
- l. Heeft u ooit gebruik gemaakt van psychologische ondersteuning en of coaching?  nee  ja Indien ja, wanneer : .....  
Hoe vaak : .....  
Nog in behandeling  ja  nee, gestopt sinds: .....  
Voor welk motief : .....  
Specialiteit(en) van de arts(en) of therapeut(en) : .....
- m.1 bent u drager geweest of bent u drager van een kwaadaardige ziekte (kanker)?  nee  ja Indien ja, specificeer  
 Colorectale  Long  Maag  Leukemie  
 Huid (melanoom,...)  Lymfoom  Alvleesklier  
 Nier  Keel  Schildklier  Blaas  
 Prostaat  Borst  Baarmoederhals  
 Zenuwstelsel/hersenen  
 Andere(n) te specificeren : .....
- m.2 Bent u behandeld of bent u momenteel in behandeling  nee  ja ja Indien ja, welke (radiotherapie, chemotherapie, lijst met huidige medicatie)? .....  
Is de behandeling nog aan de gang  ja  nee  
Gestopt sinds : .....
- n. Bent u de voorbije 5 jaar meer dan 3 opeenvolgende weken arbeids- (of studie) ongeschikt geweest?  nee  ja Indien ja, voor welk motief : .....
- o. Bent u momenteel werkonbekwaam?  nee  ja Indien ja, voor welk motief : .....  
Sinds wanneer: .....

## 4. SPECIFIEKE ACHTERGROND

Lijdt u of heeft u geleden van de volgende aandoening(en) of symptoom(en)?

<p><b>a. Ademhalingsstelselaandoeningen</b> <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Allergie</p> <p><input type="checkbox"/> Rinitis <input type="checkbox"/> Covid-19</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Slaapapneusydroom</p> <p><input type="checkbox"/> Chronische longziekte (emfyseen, chronische bronchitis)</p> <p><input type="checkbox"/> Overige aandoening(en) ..... .....</p>	<p>Indien ja, specificeer:</p> <p>- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....</p> <p>Frequentie : ..... Sinds .....</p> <p>Nog steeds in behandeling <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee, gestopt sinds .....</p> <p>- Chirurgische ingreep <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....</p> <p>- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?</p> <p>Wie : .....</p> <p>Wanneer : ..... Hoe vaak : .....</p> <p>Laatste consultatie : .....</p>
<p><b>b. Hartstoornissen, bloedstoornissen</b> <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> Infarct <input type="checkbox"/> Hersenbloeding cérébrale</p> <p><input type="checkbox"/> Andere bloeding <input type="checkbox"/> Longembolie</p> <p><input type="checkbox"/> Trombose / bloedstolsel</p> <p><input type="checkbox"/> Arteritis <input type="checkbox"/> Spataderen</p> <p><input type="checkbox"/> Hypertensie <input type="checkbox"/> Tachycardie</p> <p><input type="checkbox"/> Hartgeruis <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemie</p> <p><input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Hyperlipidemie</p> <p><input type="checkbox"/> Andere .....</p> <p>Kent u uw normale bloeddruk? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Indien ja, specificeer:</p> <p>- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....</p> <p>Frequentie : ..... Sinds .....</p> <p>Nog steeds in behandeling <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee, gestopt sinds .....</p> <p>- Chirurgische ingreep <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....</p> <p>- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?</p> <p>Wie : .....</p> <p>Wanneer : ..... Hoe vaak : .....</p> <p>Laatste consultatie : .....</p> <p>(.....mmHg)</p>
<p><b>c. Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, lever of buikwand</b> <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> Zuurterugvloeiing <input type="checkbox"/> Maag- of duodenumulcus</p> <p><input type="checkbox"/> Ziekte van Crohn <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa</p> <p><input type="checkbox"/> Levercirrose <input type="checkbox"/> Pancreasziekte</p> <p><input type="checkbox"/> Darmpoliep <input type="checkbox"/> Galblaasaandoening</p> <p><input type="checkbox"/> Inguinale of navelbreuk</p> <p><input type="checkbox"/> Gebeurtenis <input type="checkbox"/> Gastro-intestinale bloeding</p> <p><input type="checkbox"/> Aambeien <input type="checkbox"/> Mondziekte</p> <p><input type="checkbox"/> Andere te specificeren: ..... .....</p>	<p>Indien ja, specificeer:</p> <p>- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....</p> <p>Frequentie : ..... Sinds .....</p> <p>Nog steeds in behandeling <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee, gestopt sinds .....</p> <p>- Chirurgische ingreep <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....</p> <p>- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?</p> <p>Wie : .....</p> <p>Wanneer : ..... Hoe vaak : .....</p> <p>Laatste consultatie : .....</p>
<p><b>d. Bot-, spier- of gewrichtsaandoeningen</b> <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> Hernia (cervicaal, dorsaal, lumbosacraal)</p> <p><input type="checkbox"/> Lumbago <input type="checkbox"/> Chronische rugpijn</p> <p><input type="checkbox"/> schias <input type="checkbox"/> Artritis</p> <p><input type="checkbox"/> Artrose <input type="checkbox"/> Scheur in het ligament</p> <p><input type="checkbox"/> Tendinitis <input type="checkbox"/> Meniscusscheur (knie)</p> <p><input type="checkbox"/> Ziekte van de onderste extremiteit (heup, knie, enkel, voet): rechts / links Specificeer: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Affectie van de bovenste extremiteit (schouder, elleboog, hand): rechts / links Specificeer: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Breuk Specificeer: .....</p>	<p>Indien ja, specificeer:</p> <p>- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....</p> <p>Frequentie : ..... Sinds .....</p> <p>Nog steeds in behandeling <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee, gestopt sinds .....</p> <p>- Chirurgische ingreep <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....</p> <p>- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?</p> <p>Wie : .....</p> <p>Wanneer : ..... Hoe vaak : .....</p> <p>Laatste consultatie : .....</p>

- e. **Urinewegaandoeningen**  nee  ja Indien ja, specificeer:
- Nierziekte  Blaasziekte  
 Urinewegaandoeningen  
 Niersteen  Incontinentie  
 Andere te specificeren aandoening (en)  
.....  
.....
- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....
- Frequentie : ..... Sinds .....
- Nog steeds in behandeling  ja  nee, gestopt sinds .....
- Chirurgische ingreep  ja  nee  
Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....
- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?  
Wie : .....
- Wanneer : ..... Hoe vaak : .....
- Laatste consultatie : .....
- f. **Aandoeningen van het genitale stelsel**  nee  ja Indien ja, specificeer:
- Prostaatziekte  
 Testiculaire ziekte  
 Baarmoederziekte - baarmoederhals - eierstokken  
 Seksueel overdraagbare aandoening (en)  
 Overige te specificeren aandoening (en)  
.....  
.....
- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....
- Frequentie : ..... Sinds .....
- Nog steeds in behandeling  ja  nee, gestopt sinds .....
- Chirurgische ingreep  ja  nee  
Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....
- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?  
Wie : .....
- Wanneer : ..... Hoe vaak : .....
- Laatste consultatie : .....
- g. **Evenwichtsorgaan- en ooraandoeningen**  nee  ja Indien ja, specificeer:
- Duizeligheid  Gehoorstoornissen  
 Perforatie van het trommelvlies  
 Tinnitus  Cholesteatoom  
 Andere te specificeren aandoening (en)  
.....  
.....
- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....
- Frequentie : ..... Sinds .....
- Nog steeds in behandeling  ja  nee, gestopt sinds .....
- Chirurgische ingreep  ja  nee  
Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....
- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?  
Wie : .....
- Wanneer : ..... Hoe vaak : .....
- Laatste consultatie : .....
- h. **Endocriene en stofwisselingsstoornissen**  nee  ja Indien ja, specificeer:
- Diabetes  Schildklierziekte  
 Bijnierziekte  
 Jicht  Hypofyseziekte  
 Andere te specificeren aandoening (en)  
.....  
.....
- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....
- Frequentie : ..... Sinds .....
- Nog steeds in behandeling  ja  nee, gestopt sinds .....
- Chirurgische ingreep  ja  nee  
Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....
- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?  
Wie : .....
- Wanneer : ..... Hoe vaak : .....
- Laatste consultatie : .....
- i. **Bloed- en hematologische systeemaandoeningen**  nee  ja Indien ja, specificeer:
- Bloedarmoede  Leukemie  
 Lymfoom  Bloedingsstoornissen
- Specificeer de voorwaarde: .....
- Andere te specificeren aandoening (en)  
.....  
.....
- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....
- Frequentie : ..... Sinds .....
- Nog steeds in behandeling  ja  nee, gestopt sinds .....
- Chirurgische ingreep  ja  nee  
Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....
- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?  
Wie : .....
- Wanneer : ..... Hoe vaak : .....
- Laatste consultatie : .....

- j. **Huidaandoeningen**  nee  ja Indien ja, specificeer:
- Eczeem  Psoriasis  
 Ernstige acne  Bulleuze ziekte  
 Melanoom  Andere huidkanker
- Specificeer de aandoening : .....
- Andere te specificeren aandoening (en)  
 .....  
 .....
- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....
- Frequentie : ..... Sinds .....
- Nog steeds in behandeling  ja  nee, gestopt sinds .....
- Chirurgische ingreep  ja  nee
- Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....
- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?
- Wie : .....
- Wanneer : ..... Hoe vaak : .....
- Laatste consultatie : .....
- k. **Zenuwstelselaandoeningen**  nee  ja Indien ja, specificeer:
- Verlamming  Evenwichtsstoornis  
 Epilepsie  multiple sclerose  
 Migraine  Chronische pijn  
 Cerebrale trombose, TIA, beroerte  
 Ziekte van Lyme  Ziekte van Parkinson  
 De ziekte van Alzheimer
- Specificeer de aandoening: .....
- Andere te specificeren aandoening (en)  
 .....  
 .....
- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....
- Frequentie : ..... Sinds .....
- Nog steeds in behandeling  ja  nee, gestopt sinds .....
- Chirurgische ingreep  ja  nee
- Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....
- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?
- Wie : .....
- Wanneer : ..... Hoe vaak : .....
- Laatste consultatie : .....
- l. **Oogaandoeningen**  nee  ja Indien ja, specificeer:
- Cataract  Glaucoom  
 Kleurenblindheid  Oogtrauma  
 Ontsteking  AMD  
 Netvliesloslating
- Andere te specificeren aandoening (en)  
 .....
- Verminderde gezichtsscherpte
- correctie bij dioptrie : L : ..... R: .....
- bij operatie, dioptrie voor de operatie chirurgie L : ..... R: .....
- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....
- Frequentie : ..... Sinds .....
- Nog steeds in behandeling  ja  nee, gestopt sinds .....
- Chirurgische ingreep  ja  nee
- Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....
- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?
- Wie : .....
- Wanneer : ..... Hoe vaak : .....
- Laatste consultatie : .....
- m. **Aandoeningen van neus, keel**  nee  ja Indien ja, specificeer:
- Slaapapneu  Verlies van reuk  
 Trauma  Kanker
- Specificeer : .....
- Andere te specificeren aandoening (en)  
 .....  
 .....
- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....
- Frequentie : ..... Sinds .....
- Nog steeds in behandeling  ja  nee, gestopt sinds .....
- Chirurgische ingreep  ja  nee
- Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....
- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?
- Wie : .....
- Wanneer : ..... Hoe vaak : .....
- Laatste consultatie : .....
- n. **Infectieziekten**  nee  ja Indien ja, specificeer:
- AIDS, HIV  Ziekte van Lyme  
 Hepatitis  Malaria  
 Tuberculose  Chronische pijn  
 Seksueel overdraagbare aandoening  
 Covid-19  Andere tropische ziekte
- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....
- Frequentie : ..... Sinds .....
- Nog steeds in behandeling  ja  nee, gestopt sinds .....
- Chirurgische ingreep  ja  nee
- Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....

Specificeer : .....

- Andere te specificeren aandoening (en)

.....  
.....

- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?

Wie : .....

Wanneer : ..... Hoe vaak : .....

Laatste consultatie : .....

**o. Auto-immuunziekten**

nee  ja

- auto-immuunziekte van de schildklier  
 auto-immuunziekte van de lever  
 auto-immuunziekte van de alveesklier  
 auto-immuunziekte van de darmen  
 auto-immuunziekte van de spier  
 auto-immuun huidziekte  
 vasculitis  
 auto-immuunziekte van de gewrichten  
 (polyarthritis, reumatoïde, spondylitis ankylopoetica)  
 connectivitis (syndroom van Gougerot-Sjögren,  
 antifosfolipide-antilichaamsyndroom,  
 systemische lupus erythematosus, sclerodermie,  
 dermatomyositis, ...)

Specificeer : .....

- Andere te specificeren aandoening (en)

.....  
.....

Indien ja, specificeer:

- Naam(en) van de geneesmiddel(en) - therapie(ën): .....

Frequentie : ..... Sinds .....

Nog steeds in behandeling  ja  nee, gestopt sinds .....

- Chirurgische ingreep  ja  nee

Indien ja, gelieve de datum te specificeren: .....

- Werd hiervoor een specialist geraadpleegd?

Wie : .....

Wanneer : ..... Hoe vaak : .....

Laatste consultatie : .....

**p. Psychische aandoeningen**

nee  ja

- Depressie  Oververmoeidheid, burn-out  
 Psychozen (schizofrenie, bipolaire stoornis)  
 Verslaving (alcohol, drugs, medicatie, etc.) stoornis  
 Hallucinaties  Zelfmoordpoging  
 Eetstoornis (anorexia, boulimie)  
 Geheugenstoornis  
 Concentratiestoornis

Specificeer de genegenheid : .....

- Andere aandoening(en) te specificeren

.....  
.....

Zo ja, gelieve te willen preciseren :

- Naam van de medicijn(en) – therapie(ën) : .....

Frequentie : ..... Sinds wanneer .....

Nog steeds bezig  ja  nee, gestopt sinds .....

- Consulteert u of heeft u een specialist, psychiater, psycholoog, of  
 andere therapeut in het verleden geraadpleegd?  ja  nee

Wie : .....

Wanneer : ..... Type therapie : .....

Frequentie : .....

Reden van raadpleging: .....

Nog steeds bezig  ja  nee, gestopt sinds .....

- Kon u vanwege psychische problemen niet werken of les volgen?  
 ja  nee

- Bent u opgenomen geweest voor psychische problemen ?

ja  nee

Wanneer : ..... Duur: .....



## 5. ONCOLOGISCHE VOORGESCHIEDENIS/PATHOLOGIEËN

Ex-kankerpatiënten dienen de aandoeningen waaraan ze geleden hebben of waaraan ze lijden, correct mee te delen overeenkomstig de vragen die hierover in deze medische vragenlijst worden gesteld. Zij kunnen echter, in bepaalde gevallen, genieten van een 'recht om vergeten te worden' bij de aanvraag van een verzekering gewaarborgd inkomen.

Meer informatie hierover kan u terugvinden op [www.assuralia.be/recht-om-vergeten-te-worden/schuldsaldoverzekering / www.assuralia.be/recht-om-vergeten-te-worden/verzekering-gewaarborgd-inkomen].

<p>a. Heeft u tijdens uw leven ooit een carcinoom, tumor gehad? Of bent u hiervoor momenteel in behandeling?</p>	<p><input type="checkbox"/> nee    <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Welke ? .....</p> <p>Datum diagnose ? .....</p> <p>Welke behandeling(en) had of heeft u?</p> <p><input type="checkbox"/> heekunde</p> <p><input type="checkbox"/> chemotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> radiotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> hormonale behandeling</p> <p><input type="checkbox"/> andere : .....</p> <p>Is de behandeling momenteel nog actief bezig?</p> <p><input type="checkbox"/> neen, gestopt sinds : .....</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Heeft u complicaties ontwikkeld na de ziekte en of behandeling</p> <p><input type="checkbox"/> Complicaties ten gevolge van de kanker( metastasen, aantasting van andere organen,...) ? .....</p> <p><input type="checkbox"/> Complicaties ten gevolge van de behandeling ? .....</p> <p><input type="checkbox"/> Wanneer ? .....</p> <p>Zijn er momenteel nog controles gepland ?</p> <p><input type="checkbox"/> neen, gestopt sinds ? .....</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Bent u gedurende de laatste 10 jaren arbeidsongeschikt geweest ten gevolge van de ziekte of zijn behandeling of complicaties ?</p> <p><input type="checkbox"/> neen</p> <p><input type="checkbox"/> ja : gedurende welke periode ? .....</p>
--	--	--

## 6. ENKEL VOOR VROUWELIJKE KANDIDATEN

<p>a. Bent u momenteel zwanger?</p>	<p><input type="checkbox"/> nee    <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Zo ja, gelieve te willen preciseren :</p> <p>Wat is de voorziene bevallingsdatum .....</p> <p>Betreft het een gecompliceerde zwangerschap? (Weeën, bloedverlies, diabetes tijdens de zwangerschap, opening van de baarmoederhals, enz.): : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Is het een riskante zwangerschap? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Is er een bepaalde follow-up (frequenter dan de normale follow-up van een zwangerschap) .....</p>
<p>b. Heeft u reeds een gecompliceerde zwangerschappen gehad? (inclusief eventuele miskramen of abortus)</p>	<p><input type="checkbox"/> nee    <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Zo ja, gelieve te willen preciseren :</p> <p>Soorten complicaties (Weeën, bloedverlies, diabetes tijdens de zwangerschap, opening van de baarmoederhals, enz.) .....</p> <p>Medisch toezicht: .....</p> <p>Huidige toezicht: .....</p>



## 7. TOEKOMSTIGE GEZONDHEIDSTOESTAND

a. Is er een ziekenhuisopname (incl. dagopname) voorzien de komende 6 maanden?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Zo ja, gelieve te willen preciseren :
			De reden : .....
			De vermoedelijke duur : .....
			Plaats : .....
b. Is er een chirurgische ingreep of invasieve procedure (endoscopie, infiltratie,...) voorzien de komende 6 maanden?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Zo ja, gelieve te willen preciseren :
			De reden : .....
			De vermoedelijke duur : .....
			Plaats : .....
c. Is er een raadpleging bij een specialist (therapeut, psycholoog, coach,...) voorzien de komende 6 maanden?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Zo ja, gelieve te willen preciseren :
			De reden : .....
			De vermoedelijke duur : .....
			Plaats : .....

Ik, ondergetekende, .....  
 verklaar op eer oprecht en volledig te hebben geantwoord op de bovenvermelde vragen en niets heb verzwegen over mijn vroegere en huidige gezondheidstoestand.

Gedaan .....

Handtekening

Datum

