DELA

☒ aankruisen wat van toepassing is
graag invullen in BLOKLETTERS

aanvraagnummer:

polisnummer:

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

algemene gegevens

Van wie is de gezondheidsvragenlijst?

naam .....

voornaam ..... ☐ man ☐ vrouw

geboortedatum ⌊⌊ - ⌊⌊ - ⌊⌊⌊⌊ (dd-mm-jjjj)

U dient enkel de vragenlijst(en) die overeenstemt / overeenstemmen met de aangeduide categorie(ën) (A-J) op het polisvoorstel **volledig** in te vullen. Indien gewenst kan de vragenlijst onder vertrouwelijke omslag met vermelding "medisch geheim" verzonden worden naar DELA, Noorderplaats 5 bus 2, 2000 Antwerpen. **Vergeet niet de vragenlijst te handtekenen onderaan de laatste pagina**.

"DELA" is DELA Natura- en levensverzekeringen N.V. – Belgisch bijkantoor (ondernemingsnr. 0665.931.229) gelegen te Noorderplaats 5 bus 2 te 2000 Antwerpen, bijkantoor van DELA Natura- en levensverzekeringen N.V., vennootschap naar NL recht (KvK-nummer 17078393), gelegen te Oude Stadsgracht 1, 5611DD Eindhoven, NL, toegelaten voor tak 21 levensverzekeringen onder codenr. 2864.

A Aandoeningen van de hersenen, het zenuwstelsel en/of de spieren, **uitgezonderd** kwaadaardige aandoeningen (categorie F).

Vraag 1: Welke ziekte werd er vastgesteld?

- ☐ ziekte van Alzheimer/dementie
- ☐ ziekte van Parkinson
- ☐ bloedvatspasme/TIA
- ☐ beroerte/CVA
- ☐ hersenbloeding
- ☐ zenuwaandoening van de ledematen
- ☐ epilepsie
- ☐ goedaardige gezwellen:
  - ☐ meningeoom
  - ☐ neurinoom
  - ☐ hersencyste
- ☐ Spina Bifida (open rug)
- ☐ Multiple Sclerose
- ☐ polio
- ☐ ALS
- ☐ Myastenia Gravis
- ☐ ziekte van Charcot-Marie-Tooth
- ☐ hersenvliesontsteking
- ☐ migraine
- ☐ hydrocefalie
- ☐ polyneuropathie
- ☐ algoneurodystrofie
- ☐ syndroom van Ehlers Danlos
- ☐ spierziekte, welke? .....
  .....
- ☐ andere: .....

Vraag 2: Wanneer werd u voor het eerst behandeld? ⌊⌊ - ⌊⌊ - ⌊⌊⌊⌊ (dd-mm-jjjj)

Vraag 3: Waar en hoe werd u behandeld?

A Waar?
- ☐ eenmalige opname in het ziekenhuis
- ☐ meerdere opnames in het ziekenhuis
- ☐ blijvende opname in een verzorgingsinstelling. Welke instelling? .....
- ☐ thuis

B Hoe?
- ☐ operaties. Welke? .....
  .....
- ☐ medicatie
- ☐ revalidatie

Vraag 4: Huidige toestand.

A Bent u:
- ☐ niet afhankelijk van hulp
- ☐ afhankelijk van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals bv. wassen, toilet, aankleden, eten)

B Heeft u nog restverschijnselen?
- ☐ ja, verlamming ☐ ja, rolstoelgebonden ☐ ja, bedlegerig ☐ ja, incontinent
- ☐ andere beperking, te weten .....
  .....

C Heeft u last van?
- ☐ vermoeidheid ☐ spierkrampen ☐ spierzwakten ☐ gevoelsstoornissen
- ☐ geheugenproblemen ☐ beven of trillingen ☐ geen klachten
- ☐ andere klachten, te weten .....

Vraag 5: Huidige behandelingen.

A Bent u onder controle/ behandeling bij een geneesheer? ☐ ja ☐ nee Zo ja, hoeveel keer per jaar? ⌊⌊⌊

B Welke medicatie neemt u, ook voor andere aandoeningen? Gelieve **volledig** te antwoorden.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C Welke therapie krijgt u nu? ☐ kinesitherapie ☐ ergotherapie ☐ logopedie

Vraag 6: Specifiek. Bent u invalide verklaard? ☐ ja ☐ nee

Vraag 7: Ruimte voor eventuele toelichting m.b.t. uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht. BELANGRIJK: bedoeld worden alle belangrijke, nog niet vermelde omstandigheden, die u kent, die het te verzekeren risico kunnen beïnvloeden en die u nog niet uitdrukkelijk in onderhavige vragenlijst hebt vermeld. .....
.....
.....
.....
.....
.....

Vergeet niet de vragenlijst te handtekenen onderaan de laatste pagina.

DELTA

☒ aankruisen wat van toepassing is
graag invullen in BLOKLETTERS

B Hartfalen, hartklachten, hartziekten en/of vataandoeningen

Vraag 1: Over welk probleem gaat het?

- ☐ hoge bloeddruk
- ☐ hartritmestoornis
- ☐ hartkramp (Angina Pectoris)
- ☐ verstopping slagader in de ledematen of in de hals
- ☐ bloedvatvernauwing
- ☐ diep veneuze trombose (verstopping ader in been)
- ☐ vasculitis (ontsteking slagader)
- ☐ hartinfarct
- ☐ hartverzwakking of hartfalen
- ☐ bloedvatuitzetting (aneurysma) in de:
  - ☐ buik ☐ borstkas ☐ hersenen
- ☐ hartklepprobleem
- ☐ aangeboren hartaandoening, welke? .....
  .....
  .....
- ☐ andere: .....
  .....
  .....

Vraag 2: Wanneer werd u voor het eerst behandeld? ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (dd-mm-jjjj)

Vraag 3: Hoe werd u behandeld?

- ☐ medicatie
- ☐ onderzoek vanuit de lies (catheterisatie)
- ☐ plaatsen van stents
- ☐ plaatsen bloedvatprothese
- ☐ plaatsen van een pacemaker / defibrillator
- ☐ klepchirurgie
- ☐ elektrofysiologisch onderzoek met ablatie
- ☐ bypass chirurgie / overbruggingen
- ☐ clipping-coiling van het aneurisme

Vraag 4: Huidige toestand.

A Bent u:
- ☐ niet afhankelijk van hulp
- ☐ afhankelijk van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals bv. wassen, toilet, aankleden, eten)
- ☐ rolstoelgebonden
- ☐ bedlegerig

B Heeft u nog restverschijnselen? ☐ vermoeidheid ☐ kortademigheid ☐ pijn op de borst

C Lijdt u aan één van de volgende aandoeningen? ☐ suikerziekte ☐ te hoge cholesterol ☐ nierinsufficiëntie

Vraag 5: Huidige behandelingen.

A Bent u onder controle/behandeling bij een geneesheer? ☐ ja ☐ nee Zo ja, hoeveel keer per jaar? ⌊_⌋⌊_⌋

B Welke medicijnen gebruikt u, ook voor andere aandoeningen? Gelieve **volledig** te antwoorden. .....
.....
.....
.....
.....
.....

C Wat is uw huidige bloeddruk? .....

Vraag 6: Specifiek. Bent u invalide verklaard? ☐ ja ☐ nee

Vraag 7: Ruimte voor eventuele toelichting m.b.t. uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht. BELANGRIJK: bedoeld worden alle belangrijke, nog niet vermelde omstandigheden, die u kent, die het te verzekeren risico kunnen beïnvloeden en die u nog niet uitdrukkelijk in onderhavige vragenlijst hebt vermeld. .....
.....
.....
.....
.....
.....

Vergeet niet de vragenlijst te handtekenen onderaan de laatste pagina.

C Aandoeningen van longen en/of luchtwegen, uitgezonderd kwaadaardige aandoeningen (categorie F).

Vraag 1: Over welke klacht/aandoening gaat het?

- ☐ astma/inspanningsastma
- ☐ chronische bronchitis/COPD/ longemfyseem
- ☐ beroepsziekte bv. asbestose, stoflong, ...
- ☐ klaplong (pneumothorax)
- ☐ mucoviscidose
- ☐ longembolie
- ☐ longontsteking (pneumonie)
- ☐ sarcoïdose
- ☐ goedaardige longtumoren / cystes - welke? .....
- ☐ andere: .....

Vraag 2: Wanneer werd u voor het eerst behandeld? ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (dd-mm-jjjj)

Vraag 3: Hoe werd u behandeld?

- ☐ medicatie
- ☐ ademhalingsoefeningen (bv. bij kinesist)
- ☐ gebruik van aerosol/puffs
- ☐ gebruik van zuurstof
- ☐ opname in een revalidatiecentrum
- ☐ opname in het ziekenhuis
- ☐ opname in een preventorium
- ☐ meerdere opnames in een ziekenhuis/revalidatiecentrum

Vraag 4: Huidige toestand.

A Bent u:
- ☐ niet afhankelijk van hulp
- ☐ afhankelijk van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals bv. wassen, toilet, aankleden, eten)
- ☐ rolstoelgebonden
- ☐ bedlegerig

B Heeft u nog last van? ☐ kortademigheid: ☐ ja
- Is dat alleen bij een zware inspanning? ☐ ja ☐ nee
- Of ook bij een lichte inspanning? ☐ ja ☐ nee
- Of altijd, ook zonder inspanning? ☐ ja ☐ nee
- Bij veranderende weersomstandigheden bv. mist/pollutie? ☐ ja ☐ nee

☐ nee

C Heeft u nog last van? ☐ vermoeidheid ☐ slijmvorming ☐ pijn op de borst ☐ geen klachten

DELTA

☒ aankruisen wat van toepassing is
graag invullen in BLOKLETTERS

Vraag 5: Huidige behandelingen.

A Bent u onder controle/behandeling bij een geneesheer? ☐ ja ☐ nee Zo ja, hoeveel keer per jaar? ⌊_⌊_⌋

B Welke medicijnen gebruikt u, ook voor andere aandoeningen? Gelieve **volledig** te antwoorden. .....

.....

.....

.....

.....

.....

C Volgt u nog andere behandelingen? ☐ ja, welke? ☐ zuurstoftherapie ☐ kinesitherapie ☐ andere: .....
☐ nee .....

Vraag 6: Specifiek. Bent u invalide verklaard? ☐ ja ☐ nee

Vraag 7: Ruimte voor eventuele toelichting m.b.t. uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht. BELANGRIJK: bedoeld worden alle belangrijke, nog niet vermelde omstandigheden, die u kent, die het te verzekeren risico kunnen beïnvloeden en die u nog niet uitdrukkelijk in onderhavige vragenlijst hebt vermeld. .....

.....

.....

.....

.....

.....

Vergeet niet de vragenlijst te handtekenen onderaan de laatste pagina.

D Aandoeningen van het afweersysteem en/of van het bloed, **uitgezonderd** kwaadaardige aandoeningen (categorie F).

Vraag 1: Over welke klacht/aandoening gaat het?

- ☐ psoriasis met gewrichtsklachten
- ☐ reumatoïde artritis ('reuma' op de gewrichten)
- ☐ artrose (botverkalking)
- ☐ ziekte van Sjögren / sclerodermie
- ☐ ziekte van Bechterew
- ☐ spierreuma
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Lupus-ziekte / neurofibromatose
- ☐ hypogammaglobulinemie
- ☐ thalassemie
- ☐ anemie/bloedarmoede
- ☐ trombofilie
- ☐ hemofilie
- ☐ CVS
- ☐ fibromyalgie
- ☐ ziekte van Lyme
- ☐ malaria
- ☐ andere: .....
  .....

Vraag 2: Wanneer werd u voor het eerst behandeld? ⌊_⌊_⌋-⌊_⌊_⌋-⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ (dd-mm-jjjj)

Vraag 3: Hoe werd u behandeld?

- ☐ medicatie
- ☐ kinesitherapie
- ☐ ergotherapie
- ☐ operaties, welke?.....
  .....
  .....
- ☐ toediening baxter in dagziekenhuis
- ☐ opname in revalidatiecentrum / ziekenhuis
- ☐ meerdere opnames in revalidatiecentrum / ziekenhuis

Vraag 4: Huidige toestand.

A Bent u:
- ☐ niet afhankelijk van hulp
- ☐ afhankelijk van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals bv. wassen, toilet, aankleden, eten)
- ☐ bedlegerig

B Heeft u nog last van? ☐ gewrichtspijnen ☐ spierzwakten ☐ vermagering
☐ vermoeidheid ☐ koortsaanvallen ☐ huidklachten

C Gebruikt u? ☐ krukken ☐ een loopwagentje ☐ een rolstoel

Vraag 5: Huidige behandelingen.

A Consulteert u hiervoor een arts? ☐ ja ☐ nee ☐ hoeveel keer per jaar? ⌊_⌊_⌋

B Welke medicijnen gebruikt u, ook voor andere aandoeningen? Gelieve **volledig** te antwoorden. .....

.....

.....

.....

.....

.....

Vraag 6: Specifiek.

A Heeft u een aangepaste woning? ☐ ja ☐ nee

B Bent u invalide verklaard? ☐ ja ☐ nee

C Volgt u nog andere behandelingen? ☐ zuurstoftherapie ☐ kinesitherapie

Vraag 7: Ruimte voor eventuele toelichting m.b.t. uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht. BELANGRIJK: bedoeld worden alle belangrijke, nog niet vermelde omstandigheden, die u kent, die het te verzekeren risico kunnen beïnvloeden en die u nog niet uitdrukkelijk in onderhavige vragenlijst hebt vermeld. .....

.....

.....

.....

.....

.....

Vergeet niet de vragenlijst te handtekenen onderaan de laatste pagina.

DELTA

☒ aankruisen wat van toepassing is
graag invullen in BLOKLETTERS

E Aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier (pancreas), blaas en/of nieren, uitgezonderd kwaadaardige aandoeningen (categorie F).

Vraag 1: Over welke klacht/aandoening gaat het?

A slokdarm/maag
- ☐ een goedaardig slokdarm- of maaggezwel
- ☐ slokdarmvarices
- ☐ gastric bypass/maagring
- ☐ bloeding
- ☐ andere: .....
  .....

B darmstelsel
- ☐ ontstekingen:
  - ☐ Colitis Ulcerosa
  - ☐ ziekte van Crohn
  - ☐ diverticulitis
- ☐ goedaardig gezwel
- ☐ lactose- of glutenintollerantie
- ☐ andere: .....
  .....

C lever/gal/alvleesklier(pancreas)
- ☐ geelzucht "hepatitis A"
- ☐ geelzucht chronisch "hepatitis B of C"
- ☐ leververvetting (leversteatose)
- ☐ levercirrose
- ☐ een goedaardig gezwel (levercyste)
- ☐ pancreatitis
- ☐ pancreascyste
- ☐ hemochromatose
- ☐ andere: .....
  .....

D blaas/urinewegen/prostaat/nieren
- ☐ goedaardige gezwellen of cystes:
  - ☐ blaas
  - ☐ nieren
  - ☐ prostaat
- ☐ ontsteking frequent:
  - ☐ blaas
  - ☐ nieren
  - ☐ prostaat
- ☐ nierinsufficiëntie
- ☐ wegname nier/nefrectomie
- ☐ andere: .....
  .....

Vraag 2: Wanneer werd u voor het eerst behandeld? ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (dd-mm-jjjj)

Vraag 3: Waar en hoe werd u behandeld?

A Waar?
- ☐ thuis
- ☐ ziekenhuis: ☐ eenmalige opname ☐ meerdere opnames

B Hoe?
- ☐ medicatie
- ☐ radiotherapie (bestralingen)
- ☐ operaties, welke? .....
- ☐ hemodialyse/peritoneale dialyse

Vraag 4: Huidige toestand.

A Bent u:
- ☐ niet afhankelijk van hulp
- ☐ afhankelijk van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals bv. wassen, toilet, aankleden, eten)
- ☐ rolstoelgebonden
- ☐ bedlegerig

B Heeft u nog last van?
- ☐ stoelgangproblemen
- ☐ geelzucht
- ☐ brakerigheid
- ☐ gebrek aan eetlust
- ☐ gewichtsverlies, aantal kg ⌊_⌋⌊_⌋
- ☐ vochtopstapeling in de buikholte

Vraag 5: Huidige behandelingen.

A Bent u onder controle/behandeling bij een geneesheer? ☐ ja ☐ nee Zo ja, hoeveel keer per jaar? ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

B Welke medicijnen gebruikt u, ook voor andere aandoeningen? Gelieve **volledig** te antwoorden. .....
.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 6: Specifiek.

A Heeft u een stoma? ☐ ja ☐ nee

B Volgt u een specifiek dieet of een aangepast voedinggebruik? ☐ ja ☐ nee

Vraag 7: Ruimte voor eventuele toelichting m.b.t. uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht. BELANGRIJK: bedoeld worden alle belangrijke, nog niet vermelde omstandigheden, die u kent, die het te verzekeren risico kunnen beïnvloeden en die u nog niet uitdrukkelijk in onderhavige vragenlijst hebt vermeld. .....
.....
.....
.....
.....
.....

Vergeet niet de vragenlijst te handtekenen onderaan de laatste pagina.

F Kwaadaardige gezwellen en/of kwaadaardige bloedziekte

Vraag 1: Wat heeft u gehad?

- ☐ A hersentumor
- ☐ B longtumor/longvliestumor
- ☐ C buiktumoren
  - ☐ slokdarm
  - ☐ maag
  - ☐ darm
  - ☐ alvleesklier (pancreas)
  - ☐ lever
  - ☐ galwegen
- ☐ D gynaecologische tumoren
  - ☐ eierstok
  - ☐ baarmoederhals
  - ☐ baarmoeder
  - ☐ baarmoederhalsdysplasie
- ☐ E borsttumoren

☐ F bloedkanker, beenmergkankers en lymfeklierkankers
- ☐ leukemie
- ☐ Lymfoom: ☐ Hodgkin ☐ non-Hodgkin
- ☐ multiple myeloom (ziekte van Kahler)
- ☐ myelodysplasie

☐ G melanoom
☐ H spier- en bottumoren, welke? .....
.....
☐ I schildkliertumor
☐ J neus-, keel- en mondtumoren, welke? .....
.....
☐ K nier-, blaas- en prostaattumoren, welke? .....
.....
☐ L teelbalkanker
☐ M andere: .....

Vraag 2: Wanneer werd u voor het eerst behandeld? ⌊⌊ - ⌊⌊ - ⌊⌊⌊⌊ (dd-mm-jjjj)

Vraag 3: Hoe werd u behandeld?
☐ medicatie
☐ operaties, welke? .....
.....
☐ chemotherapie (baxters)
☐ radiotherapie (bestraling)

Vraag 4: Huidige toestand.
A Is het gezwel teruggekomen? ☐ ja ☐ nee
B Zijn er momenteeel uitzaaiiingen aanwezig? ☐ ja ☐ nee
C Bent u:
- ☐ niet afhankelijk van hulp
- ☐ afhankelijk van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals bv. wassen, toilet, aankleden, eten)
- ☐ rolstoelgebonden
- ☐ bedlegerig ☐ ja ☐ nee

D Heeft u volgende restverschijnselen? ☐ vermagering ☐ vermoeidheid ☐ kortademigheid

Vraag 5: Huidige behandelingen.
A Consulteert u hiervoor een arts? ☐ ja ☐ nee Zo ja, hoeveel keer per jaar? ⌊⌊
B Welke medicijnen gebruikt u, ook voor andere aandoeningen? Gelieve **volledig** te antwoorden. .....
.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 6: Specifieke huidige kankertherapie
A Welke kankertherape krijgt u nu? ☐ chemotherapie (baxters) ☐ radiotherapie (bestraling) ☐ kinesitherapie
☐ zuurstoftherapie ☐ medicatie - welke? ..... ☐ geen
B Zijn er nog operaties en/of behandelingen voorzien? ☐ ja ☐ nee Zo ja, welke? .....
C Gebruikt u sondevoeding? ☐ ja ☐ nee

Vraag 7: Ruimte voor eventuele toelichting m.b.t. uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht. BELANGRIJK: bedoeld worden alle belangrijke, nog niet vermelde omstandigheden, die u kent, die het te verzekeren risico kunnen beïnvloeden en die u nog niet uitdrukkelijk in onderhavige vragenlijst hebt vermeld. .....
.....
.....
.....
.....
.....

Vergeet niet de vragenlijst te handtekenen onderaan de laatste pagina.

G Aandoeningen van psychische aard, depressie en/of verslaving (indien van toepassing, in te vullen door de bewindvoerder of voogd)

Vraag 1: Welke aandoening werd er vastgesteld?

A aangeboren aandoening
- ☐ syndroom van Down
- ☐ chromosoomgebrek
- ☐ zuurstofgebrek bij de geboorte (Floppy Child Syndroom)

B ontwikkelingsstoornissen
- ☐ autisme

C verworven aandoeningen
- ☐ burn-out / stemmingsstoornis
- ☐ fobie of neurose
- ☐ chronische depressie
- ☐ angststoornis
- ☐ Borderline stoornis
- ☐ conversiestoornis/hysterie
- ☐ manische depressie of bipolaire stoornis
- ☐ anorexia/boulemia nervosa
- ☐ schizofrenie

D toxicomanieën ☐ alcoholverslaving ☐ drugsverslaving ☐ geneesmiddelenverslaving
E andere: .....

Vraag 2: Wanneer werd u voor het eerst behandeld? ⌊⌊ - ⌊⌊ - ⌊⌊⌊⌊ (dd-mm-jjjj)

Vraag 3: Waar en hoe werd u behandeld?

A Waar?
☐ thuis
☐ ziekenhuis: ☐ eenmalige opname ☐ meerdere opnames
☐ ontwenningscentrum: ☐ eenmalige opname ☐ meerdere opnames
☐ blijvende opname in een verzorgingsinstelling

B Hoe?
☐ medicatie ☐ thuisbegeleiding of beschut wonen ☐ logopedie ☐ kinesitherapie
☐ psychotherapie ☐ ergotherapie

Vraag 4: Huidige toestand.

A Bent u: ☐ niet afhankelijk van hulp
☐ afhankelijk van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals bv. wassen, toilet, aankleden, eten)
☐ rolstoelgebonden
☐ bedlegerig

B Vertoont u tot op heden?
☐ mentale achterstand ☐ motorische stoornissen, bewegingsmoeilijkheden ☐ angst
☐ geheugenproblemen ☐ dementie
☐ verwardheid ☐ gedragsproblemen ☐ hallucinaties

Vraag 5: Huidige behandelingen.

A Consulteert u hiervoor een arts? ☐ ja ☐ nee ☐ Zo ja, hoeveel keer per jaar? ⌊⌊ / jaar

B Welke medicijnen gebruikt u, ook voor andere aandoeningen? Gelieve **volledig** te antwoorden. .....
.....
.....
.....
.....
.....

C Welke therapie volgt u nu?
☐ kinesitherapie ☐ logopedie ☐ ergotherapie ☐ opvang door een zelfhulpgroep

Vraag 6: Specifiek.

A Bent u handelingsbekwaam? ☐ ja ☐ nee indien nee, ☐ onder voogdij ☐ andere
B Bent u invalide verklaard? ☐ ja ☐ nee

Vraag 7: Ruimte voor eventuele toelichting m.b.t. uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht. BELANGRIJK: bedoeld worden alle belangrijke, nog niet vermelde omstandigheden, die u kent, die het te verzekeren risico kunnen beïnvloeden en die u nog niet uitdrukkelijk in onderhavige vragenlijst hebt vermeld. .....
.....
.....
.....
.....
.....

Vergeet niet de vragenlijst te handtekenen onderaan de laatste pagina.

H suikerziekte en/of andere aandoeningen van de inwendige klieren zoals schildklier en/of bijnier

Vraag 1: Over welke klacht/aandoening gaat het?

A suikerziekte ☐ type 1 ☐ type 2 ☐ Bent u insulineafhankelijk? ☐ ja ☐ nee
B schildklierlijden ☐ te snel werkend ☐ cystes of kropgezwel op de schildklier
☐ te traag werkend ☐ Thyroiditis (ontsteking van de schildklier)
C bijnier ☐ ziekte van Cushing (bijnier hyperplasie) ☐ ziekte van Addison (bijnierinsufficiëntie)
☐ pheochromocytoom (ziekte van bijniermerg)
D hypofyse ☐ gezwel (prolactinoom)
E andere: .....

Vraag 2: Wanneer werd u voor het eerst behandeld? ⌊⌊ - ⌊⌊ - ⌊⌊⌊⌊ (dd-mm-jjjj)

Vraag 3: Waar en hoe werd u behandeld?

A Waar? ☐ thuis
☐ ziekenhuis: ☐ eenmalig ☐ meerdere opnames
B Hoe? ☐ operaties, welke? .....
.....
☐ bestralingen
☐ medicatie
☐ geen behandeling

DELTA

☒ aankruisen wat van toepassing is
graag invullen in BLOKLETTERS

Vraag 4: Huidige toestand.

A Bent u: ☐ niet afhankelijk van hulp
☐ afhankelijk van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals bv. wassen, toilet, aankleden, eten)
☐ rolstoelgebonden
☐ bedlegerig

B Heeft u afwijkingen aan

☐ hart- of bloedvaten? ☐ ja ☐ nee ☐ netvlies of ogen? ☐ ja ☐ nee
☐ nieren of urine? ☐ ja ☐ nee ☐ zenuwen? ☐ ja ☐ nee

Vraag 5: Huidige behandelingen.

A Gaat u regelmatig op controle bij:

☐ de huisarts? ☐ ja ☐ nee
☐ de specialist? ☐ ja ☐ nee Zo ja, oogspecialist – hartspecialist – suikerspecialist – endocrinoloog (duid aan)
☐ pedicure? ☐ ja ☐ nee

B Welke medicijnen gebruikt u, ook voor andere aandoeningen? Gelieve **volledig** te antwoorden. .....
.....
.....
.....
.....
.....

C Wat is de frequentie van laboanalyses? .....

Vraag 6: Specifiek.

A Volgt u een specifiek dieet of voedingsadvies? ☐ ja ☐ nee

B Wat is uw bloeddruk? .....

Vraag 7: Ruimte voor eventuele toelichting m.b.t. uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht. BELANGRIJK: bedoeld worden alle belangrijke, nog niet vermelde omstandigheden, die u kent, die het te verzekeren risico kunnen beïnvloeden en die u nog niet uitdrukkelijk in onderhavige vragenlijst hebt vermeld. .....
.....
.....
.....
.....
.....

Vergeet niet de vragenlijst te handtekenen onderaan de laatste pagina.

Orgaantransplantaties

Vraag 1: Over welke transplantatie gaat het? .....

Over welke onderliggende ziekte gaat het? .....
.....
.....
.....

Vraag 2: Wanneer is de transplantatie gebeurd? .....

Vraag 3: Huidige toestand.

A Bent u: ☐ niet afhankelijk van hulp
☐ afhankelijk van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals bv. wassen, toilet, aankleden, eten)
☐ rolstoelgebonden
☐ bedlegerig

B Heeft u volgende restverschijnselen?

☐ vermagering ☐ kortademigheid ☐ gangmoeilijkheden ☐ frequente infecties

Vraag 4: Huidige behandelingen.

A Consulteert u hiervoor een arts? ☐ ja ☐ nee Zo ja, hoeveel keer per jaar? ⌊_⌊_⌋

B Welke medicijnen gebruikt u, ook voor andere aandoeningen? Gelieve **volledig** te antwoorden. .....
.....
.....
.....
.....
.....

C Welke therapie volgt u? ☐ kinesitherapie ☐ ergotherapie

Vraag 5: Ruimte voor eventuele toelichting m.b.t. uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht. BELANGRIJK: bedoeld worden alle belangrijke, nog niet vermelde omstandigheden, die u kent, die het te verzekeren risico kunnen beïnvloeden en die u nog niet uitdrukkelijk in onderhavige vragenlijst hebt vermeld. .....
.....
.....
.....
.....

Vergeet niet de vragenlijst te handtekenen onderaan de laatste pagina.

DELA

☒ aankruisen wat van toepassing is
graag invullen in BLOKLETTERS

J

Blijvende letsels vastgesteld n.a.v. een ongeval en/of een lichamelijke handicap - invaliditeit

Vraag 1: Beschrijving ongeval of handicap / oorzaak invaliditeit: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Vraag 2: Wanneer werd u voor het eerst behandeld? ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (dd-mm-jjjj)

Vraag 3: Waar en hoe werd u behandeld?

A Waar? ☐ thuis

☐ ziekenhuis: ☐ eenmalig ☐ meerdere opnames

☐ blijvende opname in een instelling

B Hoe? ☐ medicatie

☐ operaties Welke? .....

.....

☐ fysiotherapie ☐ kinesitherapie ☐ ergotherapie

Vraag 4: Huidige toestand.

A Bent u: ☐ niet afhankelijk van hulp

☐ afhankelijk van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals bv. wassen, toilet, aankleden, eten)

☐ rolstoelgebonden

☐ bedlegerig

B Beschrijving restletsels: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vraag 5: Huidige behandelingen.

A Consulteert u hiervoor een arts? ☐ ja ☐ nee Zo ja, hoeveel keer per jaar? ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

B Welke medicijnen gebruikt u, ook voor andere aandoeningen? Gelieve **volledig** te antwoorden. .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C Welke hulpmiddelen gebruikt u? .....

.....

.....

Vraag 6: Specifiek A Hoeveel is het invaliditeitspercentage? ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ %

B Wanneer is dat percentage vastgesteld? ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (dd-mm-jjjj)

Vraag 7: Ruimte voor eventuele toelichting m.b.t. uw aandoening, ziekte, gebrek of klacht. BELANGRIJK: bedoeld worden alle belangrijke, nog niet vermelde omstandigheden, die u kent, die het te verzekeren risico kunnen beïnvloeden en die u nog niet uitdrukkelijk in onderhavige vragenlijst hebt vermeld. .....

.....

.....

.....

.....

.....

Ondergetekende verklaart alle gegevens naar waarheid te hebben ingevuld en is zich ervan bewust dat opzettelijke onjuistheden en/of onvolledigheden leiden tot nietigheid van de verzekering.Tevens verbindt ondergetekende zich ertoe om ook elke wijziging in de algemene gezondheidstoestand die zich zou voordoen tussen het tijdstip van onderhavige vragenlijst en het tijdstip van de inwerkingtreding van de eventuele verzekeringsovereenkomst / verzekeringsdekking en die het risico verzwaren, onverwijld aan DELA te melden.

Datum **Voornaam, naam en handtekening te verzekeren persoon (eventueel voogd)**

⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ (dd-mm-jjjj) .....