

# GEZONDHEIDSVERKLARING (4.7.3.2)

## TAF PERSONAL

### OVERLIJDENSRISSICOVERZEKERING



#### ZIEKTE / TOESTAND

1. Geef een omschrijving van de ziekte/aandoening/gebrek of klacht: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Wat was de feitelijke diagnose? Wanneer de diagnose onzeker is, kunt u de symptomen vermelden.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Wanneer was de toestand voor het eerst vastgesteld? Datum: |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

4. Wanneer zijn de symptomen voor het laatst waargenomen? Datum: |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|  
( ) Symptomen zijn er nog steeds

5. Bezoekt u of heeft u een dokter, ziekenhuis of kliniek bezocht voor regelmatige controle?

( ) Nee ( ) Ja

Laatste controle: |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Vervolgcontrole: |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Welke arts of hulpverlener heeft u hiervoor bezocht?

Naam: \_\_\_\_\_

Specialisme: \_\_\_\_\_

Staat u nog onder controle? ( ) Nee ( ) Ja

Heeft u nog klachten? ( ) Nee ( ) Ja

6. Welke medicijnen en/of behandelingen zijn of waren vereist? Bijvoorbeeld tabletten, inhalers, injecties, steroïden, dieet of therapie.

Soort medicijn(en)/behandeling(en)	Gebruik medicijn(en)/behandeling(en) per:

Gebruikt u deze medicijn(en)/behandeling(en) nog steeds?

( ) Ja ( ) Nee, beëindigd per: |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

7. Werd of wordt u behandeld als een externe patiënt of werd u opgenomen in het ziekenhuis?

( ) Extern ( ) Opgenomen

Datum opname: |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Details: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Zijn alle behandelingen in het ziekenhuis stopgezet? ( ) Nee ( ) Ja, wanneer: |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

9. Welke delen van het lichaam zijn of waren aangetast?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Worden uw normale activiteiten beïnvloed?

( ) Nee ( ) Ja

Details: \_\_\_\_\_

**Handtekening verzekerde:** \_\_\_\_\_