

Medische vragenlijst bij gezondheidszorgen voor kinderen jonger dan 5 jaar

→ aan

VERTROUWELIJK

KBC Verzekeringen
Medisch adviseur / LEUtiens - LMD
Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven

Tips en trics

- Vul deze vragenlijst volledig en correct in, elke verzwijging of onvolledigheid kan later in uw nadeel zijn.
- Denk eraan om de vragenlijst te ondertekenen en de datum van ondertekening in te vullen.
- De acceptatieprocedure start pas op als de vragenlijst volledig ingevuld en correct ondertekend en gedateerd is.
- Vragen bij het invullen van dit document?
Contacteer dan het gratis nummer 0800 936 84 (op werkdagen van 8u30 tot 12u30 en van 13u30 tot 17u00)

kantoor

naam en adres (of stempel)

nummer

nieuwe zaak

bestaande zaak

CBFA-nummer

referte

Polisnummer (indien gekend)

Verklaringen van de te verzekeren persoon

1 a naam

voornaam

b geboortedatum

geslacht

M V

c huidig adres

d Indien dit kind in de nabije toekomst in het buitenland zal verblijven (behalve Europa en Noord-Amerika):

Waar ? Wanneer en duurtijd? Doel?

e Wie is de behandelende arts van dit kind (+ adres + telefoon)?

h Mag KBC Verzekeringen u telefonisch contacteren of via mail indien er bij de evaluatie van deze medische vragenlijst nog (bijkomende) vragen zijn? ja neen

Zo ja, op welk nummer? e-mail:

Op welk tijdstip van de dag bent u het best bereikbaar ?

2 a gewicht bij geboorte: kg lengte bij geboorte: cm

b huidig gewicht: kg huidig lengte: cm

Leed of lijdt dit kind aan één van de volgende aandoeningen of klachten/symptomen? Werd of wordt dit kind behandeld (raadpleging, operatie, opvolging, onderzoek)?		Indien ja: beantwoord volgende vragen
a. hart en bloedsomloop: hartgeruis of -afwijking, oedeem, hartkloppingen, aantasting van de slagaders, hoge bloeddruk, een aandoening van de kransslagaders, hersenbloeding of -trombose, ritmestoornissen of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening of klacht? Welke behandeling? Wanneer en duurtijd? Huidige situatie/evolutie?
b. bloed: bloedarmoede, een afwijking van de bloedstolling of het beendermerg, leukemie of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening of klacht? Welke behandeling? Wanneer en duurtijd? Huidige situatie/evolutie?
c. zenuwstelsel en spieren: verlamming, epilepsie, hersenbloeding- of trombose of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening, ongeval of klacht? Welke behandeling? Wanneer en duurtijd? Huidige situatie/evolutie?
d. endocriene organen of stofwisseling: suikerziekte, een aandoening van de schildklier of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening of klacht? Welke behandeling? Wanneer en duurtijd? Huidige situatie/evolutie?
e. psychische aandoeningen: mentale achterstand of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening of klacht? Welke behandeling? Wanneer en duurtijd? Huidige situatie/evolutie?
f. ademhalingsstelsel: recidiverende bronchitis, astma, tuberculose of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening of klacht? Welke behandeling? Wanneer en duurtijd? Huidige situatie/evolutie?
g. spijsverteringstelsel of buik: maag- of darmbloeding, aandoeningen van de slokdarm, de maag, de dunne darm, de dikke darm of de endeldarm, leveraandoeningen (hepatitis, ...), aandoeningen van de galblaas of het pancreas, breuk of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening of klacht? Welk orgaan? Welke behandeling? Wanneer en duurtijd? Huidige situatie/evolutie?
h. infectie- of parasitaire ziekte: HIV, AIDS, tuberculose, geslachtsziekten, klierkoorts (mononucleosis), brucellosis of een andere infectie- of parasitaire ziekte?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening of klacht? Welke behandeling? Wanneer en duurtijd? Huidige situatie/evolutie?
i. urogenitaal stelsel: eiwit in de urine, aandoeningen van de nieren of de urinewegen (nierkolieken, blaasontsteking, ...), de geslachtsorganen of een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening of klacht? Welke behandeling? Wanneer en duurtijd? Huidige situatie/evolutie?

<p>j. beenderen of gewrichten: breuken, gewrichtsontstekingen, zenuwontsteking, letsel aan pezen, spieren, ligamenten of meniscus of een andere aandoening?</p> <p>Heeft het kind een prothese of is er osteosynthesemateriaal (metalen of kunststofplaten, spullen, vijzen en dergelijke) ingeplant?</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Welke aandoening of klacht?</p> <p>Welk lichaamsdeel?</p> <p>Links of rechts?</p> <p>Welke behandeling?</p> <p>Wanneer en duurtijd?</p> <p>Huidige situatie/evolutie?</p> <p>Welke?</p> <p>Waar?</p>
<p>k. oog: oogontsteking, scheelzien, cataract, glaucoom, netvliesloslating, dubbelzien, verminderd gezichtsvermogen of een andere aandoening?</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Welke aandoening of klacht?</p> <p>Welke behandeling?</p> <p>Links/rechts?</p> <p>Wanneer en duurtijd?</p> <p>Huidige situatie/evolutie?</p> <p>Dioptrieën links:</p> <p>Dioptrieën rechts:</p>
<p>l. huid: psoriasis, eczeem, cyste of een andere aandoening?</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Welke aandoening of klacht?</p> <p>Welke behandeling?</p> <p>Wanneer en duurtijd?</p> <p>Huidige situatie/evolutie?</p>
<p>m. neus, keel en oren: doofheid, recidiverende oorontsteking of een andere aandoening?</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Welke aandoening of klacht?</p> <p>Welke behandeling?</p> <p>Wanneer en duurtijd?</p> <p>Huidige situatie/evolutie?</p>
<p>n. tanden en kaak: open beet, malocclusie of een andere aandoening?</p> <p>Wordt er een ingreep in het vooruitzicht gesteld?</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Welke aandoening of klacht?</p> <p>Welke behandeling?</p> <p>Wanneer en duurtijd?</p> <p>Huidige situatie/evolutie?</p> <p>Welke ingreep?</p> <p>Wanneer?</p>
<p>o. Heeft dit kind een behandeling (niet een onderzoek!) ondergaan met radioactieve bestanddelen (bestraling) of chemotherapie (infuus)?</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Welke aandoening of klacht?</p> <p>Welke behandeling?</p> <p>Voor welk lichaamsdeel/orgaan?</p> <p>Wanneer en duurtijd?</p> <p>Huidige situatie/evolutie?</p>
<p>p. Heeft dit kind een heelkundige ingreep/operatie ondergaan?</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Welke?</p> <p>Wanneer ?</p> <p>datum operatie?</p> <p>Duur van opname?</p> <p>Huidige situatie/evolutie?</p>
<p>q. Heeft dit kind een ongeval met lichamelijke letsels gehad?</p> <p>Ingeval schedeltrauma, ging dit gepaard met bewustzijnsverlies of coma?</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Welke?</p> <p>Wanneer?</p> <p>Restletsels?</p> <p>Huidige situatie/evolutie?</p> <p>Duur bewustzijnsverlies of coma?</p>

r. Andere aangeboren aandoeningen	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening of klacht?
		Welke behandeling?
		Wanneer en duurtijd?
		Huidige situatie/evolutie?
s. Andere aandoeningen of handicaps die niet hoger werden vermeld en waarvoor dit kind al dan niet gehospitaliseerd werd?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	Welke aandoening of klacht?
		Welke behandeling?
		Wanneer en duurtijd?
		Huidige situatie/evolutie?

NEEN JA Zo ja:

4 Werd dit kind ooit opgenomen in een ziekenhuis? Waarom?
 Wanneer en hoelang?

5 a Deden er zich problemen voor tijdens de zwangerschap? (zwangerschapsproblemen, vroeggeboorte, ziekte v/d moeder, ...) En zo ja, precieseer welk probleem, welke behandeling.

.....

.....

b Deden er zich verwickelingen voor bij de bevalling?

.....

6 a Neemt dit kind regelmatig geneesmiddelen? Welke?
 Waarom?

b Is dit kind in medische behandeling? Welke behandeling?
 (bv bij arts, kinesist, osteopaat, psycholoog, tandarts, orthodontist, diëtist,...)
 Waarom?

c Werd dit kind gedurende de afgelopen 5 jaar ooit langer dan 3 weken behandeld (raadpleging, onderzoek, ingreep, opvolging?) Wanneer? Waarom?

d Moet dit kind binnenkort een dokter raadplegen? Wanneer? Waarom?

Is er een opname in een ziekenhuis gepland? Wanneer? Waarom?

Moet dit kind binnenkort een heelkundige ingreep ondergaan? Wanneer? Waarom?

7 a Onderging dit kind de afgelopen 5 jaren één van volgende onderzoeken

		Datum?	Waarom?	Resultaat?
Een elektrocardiogram	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja			
Een röntgenonderzoek (radiografie)	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja			
Een bloedonderzoek	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja			
Een urineonderzoek	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja			

b Heeft dit kind andere onderzoeken ondergaan (zoals een elektro-encefalogram, een scanner, een NMR, een scintigrafie of een arteriografie) ? neen ja Wanneer? Welke?
 Waarom?
 Resultaat:

Ik, ondergetekende, verklaar dat mijn antwoorden in dit document oprecht, juist en volledig zijn en dat ik niets verzwegen heb dat voor KBC Verzekeringen NV van invloed kan zijn bij de beoordeling van het risico. Ik weet dat elke opzettelijk onjuiste of opzettelijk onvolledige verklaring de nietigheid van de verzekering meebrengt. Ik bezoek mijn behandelende artsen, alsook – in voorkomend geval – de arts die de doodsoorzaak zal vaststellen, uitdrukkelijk om aan de raadgevende geneesheer van KBC Verzekeringen NV de benodigde medische informatie en/of een verklaring over de doodsoorzaak, af te geven. Met het oog op de beoordeling van het risico, het vlot beheer van het beoogde contract en/of van het schadedossier en voor statistische doeleinden – en enkel daartoe – geef ik hierbij tevens mijn schriftelijke toestemming aan KBC Verzekeringen NV om medische gegevens over mijn persoon in haar bestanden te verwerken. Ik machtig KBC Verzekeringen NV om deze gegevens uitsluitend in het kader van voormelde doelstellingen door te geven aan een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. Ik heb het recht van toegang tot en verbetering van deze gegevens van KBC Verzekeringen NV, verantwoordelijke voor de verwerking (Zetel van de vennootschap: Professor Roger Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven). Bij de commissie voor de Bescherming van de persoonlijke levenssfeer, Ministerie van Justitie, Regenschapsstraat 61, 1000 Brussel kan ik het openbaar register van de verwerkingen raadplegen.

De verzekerde verklaart een afschrift van dit document te hebben ontvangen.

De handtekening van de verzekerde moet worden voorafgegaan door de eigenhandig geschreven formule "gelezen en goedgekeurd". (voor minderjarige handtekening van één van de ouders of de wettelijk vertegenwoordiger)

plaats

.....

datum

- - - - -

handtekening cliënt (voorafgegaan door "gelezen en goedgekeurd")

.....