



MEDISCHE VRAGENLIJST

Voor elk aan te sluiten persoon dient u een afzonderlijke medische vragenlijst in te vullen.
De vragen 1 tot 20 met "JA" of "NEEN" aankruisen en eventueel toelichten. De vragen 21 tot 24 óók beantwoorden.
Zorg ervoor dat u elke vraag hebt beantwoord. Enkel een volledig ingevulde vragenlijst wordt aanvaard.

Uw antwoorden vallen onder het medisch geheim.

Naam: _____

Voornaam: _____

| VRAGEN | JA of NEEN aankruisen | INDIEN JA: TOELICHTINGEN GEVEN A.U.B. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Lijdt u aan een aangeboren aandoening ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | Welke ? |
| 2. Lijdt u aan een gebrek of handicap ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | Welke ? |
| 3. Werd u ooit opgenomen in - een ziekenhuis omwille van een heelkundige ingreep ? - een ziekenhuis om een andere reden ? - een psychiatrische instelling ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | Gelieve in te vullen a.u.b. In welk jaar ? waarom ? aard v/d ingreep ? |
| 4. Leed u vroeger aan bepaalde ziekten ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | Welke ? |
| 5. Onderging u vroeger speciale behandelingen ? Bestralingen ? Radiotherapie ? Chemotherapie ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | Welke ? |
| 6. Moest u om gezondheidsredenen uw activiteit meer dan 1 maand onderbreken ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | In welk jaar ? Waarom ? Welke behandeling ? |
| 7. Lijdt u aan een erkende beroepsziekte ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | Welke ? |
| 8. Was u vroeger het slachtoffer van een ongeval ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | Welk soort ongeval ? Welke letsels ? |
| 9. Heeft u nu nog last van de gevolgen van een ongeval ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | Welke last ? Invaliditeit ? Is het dossier afgesloten ? |
| 10. Hebt u nu lichamelijke klachten ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | Welke ? |
| 11. Lijdt u nu aan een ziekte ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | Welke ? |

