

Vraelys oor endokrienversteurings

(Insulienweerstandigheid / Tipe 2-diabetes/ Tipe 1-diabetes)
(deur versekerde lewe)

Polisnommer

Lidnommer*

Groepnommer* (*Vul in vir FundsAtWork)

1: Besonderhede van versekerde lewe

Naam van versekerde lewe	<input type="text"/>		
Permanente identiteits-/paspoortnommer	<input type="text"/>	Permanente identiteitsnommer	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>
Naam van finansiële adviseur	<input type="text"/>	Finansiële adviseur kode	<input type="text"/>
Makelaarhuiskode	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>

2: Algemene vrae

- Wat was die diagnose?
- Gee asseblief die datum van die diagnose.
- Watter behandeling ontvang u?
 - Insulien? Ja Nee
Indien "ja", verskaf die aantal eenhede per dag
 - Medikasie wat mondelings geneem word? Ja Nee
Indien "ja", verskaf die aantal eenhede per dag
 - Enige ander medikasie? Ja Nee
Indien "ja", verskaf volledige besonderhede:
 - Was u medikasie gedurende die laaste 12 maande verander? Ja Nee
Indien "ja", verskaf volledige besonderhede:
 - Volg u 'n dieet? Ja Nee
 - Oefen u? Ja Nee
Indien "ja", hoe gereeld Een of twee maal per week Maar as twee maal per week
Watter tipe oefening doen u? Stap Hardloop Ander
Indien "ander", verskaf besonderhede
 - Is u 'n lid by 'n kliniek vir diabetese? Ja Nee
Indien "ja", wat is die naam van die kliniek wat u besoek?
- Monitor u u:
 - Bloedsuikervlakke? Ja Nee
Indien "ja", wat is u gemiddelde uitslag?
 - Uriensuikervlakke? Ja Nee
Indien "ja", wat is u gemiddelde uitslag?
- Meet u u bloedsuikervlakke tuis met 'n monitor? Ja Nee
Indien "ja", hoe dikwels? Daaglik Weeklik Maandelik

2: Algemene vrae (vervolg)

6. Verskaf asseblief die datums en resultate/uitslae van die laaste drie toetse:

Datum	<input type="text"/>	Uitslag	<input type="text"/> 6 - 6.5 <input type="text"/>	<input type="text"/> 6.6 - 7.0 <input type="text"/>	Ander	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>	Uitslag	<input type="text"/> 6 - 6.5 <input type="text"/>	<input type="text"/> 6.6 - 7.0 <input type="text"/>	Ander	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>	Uitslag	<input type="text"/> 6 - 6.5 <input type="text"/>	<input type="text"/> 6.6 - 7.0 <input type="text"/>	Ander	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Hoe dikwels spreek u u dokter oor u toestand? Maandeliks Elke drie maande Ander

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede:

8. Het u al ooit of het u tans:

Hoë bloeddruk	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
Infeksies, (bv. vinte/pitswere, maagseer)	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
Styfheid/doeie gevoel, tinteling, verlies aan gevoel in voete/bene	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
Bloedsomloopprobleme (byvoorbeeld koue voete)	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
Nierprobleme	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
Albumien of proteïen in urien	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
Oogprobleme	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
Hartprobleme	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
Diabetiese koma	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
Beroerte	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
Abnormale EKG	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>

Indien "ja", gee asseblief nog besonderhede oor die komplikasies wat aangedui is, indien enige:

9. Dui asseblief die volgende aan, indien van toepassing:

Laaste cholesterolvlak	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laaste trigliseriedvlak	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Borskas-X-straaluitslag	<input type="text"/> Normaal <input type="text"/>	<input type="text"/> Abnormaal <input type="text"/>	<input type="text"/> Onbekend <input type="text"/>

Verskaf volledige besonderhede:

10. Is u die afgelope 12 maande vir diabetes in die hospitaal opgeneem? Ja Nee

11. Verskaf asseblief enige verdere toepaslike besonderhede, insluitend die naam en adres van enige mediese dokter, insluitend interniste, oogartse (oftalmoloë) en/of voetkundiges (podiatriste) na wie u verwys is:

Naam van mediese dokter

Posadres

Poskode

Naam van mediese dokter

Posadres

Poskode

Naam van mediese dokter

Posadres

Poskode

3: Verklaring deur versekerde lewe

Ek verklaar dat al die verklarings wat ek afgelê het en al die besonderhede wat ek in hierdie vorm verskaf het (hetsy in my eie handskrif of nie), volledig en waar is. Ek verstaan en stem ook in dat die inligting wat ek verskaf het, tesame met die aansoek om lewensversekering en enige ander toepaslike dokumente, die basis uitmaak van enige versekeringskontrak wat as gevolg van sodanige aansoek mag onstaan.

Onderteken te

Handtekening van versekerde lewe

Datum