

Artritis-vraelys

(deur versekerde lewe)

Polisnommer

Lidnommer*

Groepnommer* (*Vul in vir FundsAtWork)

1: Persoonlike besonderhede

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"/>	<input type="text"/>								
Naam van finansiële adviseur	<input type="text"/>											
Makelaarhuiskode	<input type="text"/>	Finansiële adviseur kode	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>	<input type="text"/>								

2: Algemene vrae

- Wanneer het die simptome die eerste keer voorgekom?
- Wanneer het die simptome die laaste keer voorgekom?
- Wanneer is u die eerste keer met artritis gediagnoseer?
- Wanneer het u die laaste behandeling vir artritis ontvang?
- Watter tipe artritis het u?

Rumatoïede artritis <input type="checkbox"/>	Osteoartritis <input type="checkbox"/>	Psoriatische artritis <input type="checkbox"/>	Jigagtige artritis <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------------	---------------------------------------------

- Watter gewrigte was of is aangetas?
(Dui asseblief linker- of regterkant aan)

Hande en polse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Elmboë	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Skouers	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ruggraat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Heupe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Knieë	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enkels	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Voete	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ander	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede:

- Dui die simptome, eienskappe en komplikasies van u artritis aan:

Pyn en swelling	<input type="text"/>	Inflammasie	<input type="text"/>	Moegheid	<input type="text"/>
Onbeweeglikheid	<input type="text"/>	Beperkte beweging	<input type="text"/>	Koors	<input type="text"/>
Lig	<input type="text"/>	Matig	<input type="text"/>	Ernstig	<input type="text"/>
Daagliks	<input type="text"/>	Maandeliks	<input type="text"/>	Jaarliks	<input type="text"/>
Konstant	<input type="text"/>	Terugvallend en afwisselend	<input type="text"/>	Rugpyn	<input type="text"/>
Depressie	<input type="text"/>	Slaaptekort	<input type="text"/>	Ander	<input type="text"/>

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede:

- Watter behandeling en ondersoek het u ontvang of ontvang u vir u artritis?

Chirurgie	<input type="text"/>	Artroskopie	<input type="text"/>	Medikasie	<input type="text"/>
Fisioterapie	<input type="text"/>	X-strale	<input type="text"/>	RT/MRB-skanderings	<input type="text"/>
Goud	<input type="text"/>	Methotrexaat	<input type="text"/>	Kortisoen	<input type="text"/>

- Het u enige van die volgende professionele persone in verband met u artritis geraadpleeg?

Rumatoloog	<input type="text"/>	Ortopediese chirurg	<input type="text"/>	Fisioterapeut	<input type="text"/>
Internis	<input type="text"/>	Algemene praktisyn	<input type="text"/>	Ander	<input type="text"/>

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede:

2: Algemene vrae (vervolg)

10. Is u vermoë om u beroep of sport te beoefen, of aktiwiteite van daaglikse lewe (bad, loop, eet en was) te doen, geaffekteer? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede:

11. Is u ooit vir hierdie toestand gehospitaliseer? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend datums en duur van hospitalisasie:

12. Verskaf die name van al die dokters en mediese praktisys wat u geraadpleeg het in verband met hierdie toestand:

Naam

Posadres

Poskode

Naam

Posadres

Poskode

Naam

Posadres

Poskode

13. Is enige ander liggaamstelsels (hart, longe, lewer, vel, ens.) deur u artritis geaffekteer? Ja Nee

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede:

14. Is u vir enige ander bindweefselsiektes (bv. sistemiese lupus eritematose, fibromialgie, skleroderma, ens.) ondersoek? Ja Nee

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede:

15. Verskaf enige bykomende inligting wat betrekking het op hierdie toestand:

3: Verklaring deur die 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