

Asemhalingsvraelys

(deur versekerde lewe)

Polisnommer

Lidnommer\*

Groepnommer\* (\*Vul in vir FundsAtWork)

1: Besonderhede van versekerde lewe

Naam van versekerde lewe

Permanente identiteits-/paspoortnommer

Geboortedatum

Naam van finansiële adviseur

Makelaarhuiskode

Permanente identiteitsnommer

Ja

Nee

Telefoon

Finansiële adviseur kode

Telefoon

2: Simptome van u asemhalingskondisie

1. Aan watter soort asemhalingskwaal ly u (bv. asma, emfiseem, chroniese bronchitis, pulmonêre tuberkulose, sarkoïdose, ens.)?

2. Hoe erg is u simptome?

Lig

Matig

Erg

Geen

3. Hoe gereeld kom die simptome voor?

(u kan meer as een opsie aandui)

Daaglik

Weeklik

Maandelik

Heeljaar

Herfs

Lente

Winter

Somer

4. Wat is u simptome?

(u kan meer as een opsie aandui)

Hoes

Kortasem

Oormatige slym

Asemfluit

Benoudheid van die borskas

Ander

Indien "ander", verskaf volle besonderhede:

5a. Op watter ouderdom het u simptome begin?

5b. Meld maand en jaar van laaste simptome

6. Is u borskas oop tussen aanvalle?

Ja

Nee

Indien "nee", verskaf volle besonderhede:

7. Verskaf die getal aanvalle:

Daaglik

Weeklik

Maandelik

Jaarliks

Geen

8. Is u ooit vir enige komplikasies (bv. onbeheerde asma) gehospitaliseer?

Ja

Nee

Dokterkonsultasies

Datum

Daaglik

Weeklik

Maandelik

Jaarliks

Geen

Ongevalleafdeling

Datum

Daaglik

Weeklik

Maandelik

Jaarliks

Geen

Opname in saal of intensiewe sorg

Datum

Daaglik

Weeklik

Maandelik

Jaarliks

Geen

9. Was u ooit bedlêend of tot die huis beperk weens u asemhalingskwaal?

Ja

Nee

Indien "ja", vir hoe lank?

10. Raak u kortasem by inspanning?

Ja

Nee

Indien "ja", verskaf volle besonderhede:

11. Ly u aan aanvalle snags/beklemming in die bors vroeg soggens?

Ja

Nee

Indien "ja", verskaf volle besonderhede:

12. Moet u uitermate staat maak op ingeasemde brongodilatore ("asmapompies") vir die verligting van die simptome?

Ja

Nee

Indien "ja", meld soort behandeling, insluitend handelsnaam:

UNDERW0300622A | Asemhalingsvraelys (deur versekerde lewe)

1 / 3

### 3: Behandeling van u asemhalingskondisie

1. Kry u behandeling vir u toestand?	Ja		Nee	
--------------------------------------	----	--	-----	--

Indien "ja", meld die soort behandeling en dosis, insluitend die handelsnaam:

Brongodilator		Handelsnaam:		Dosis:	
Inhalasie-steroïde (kortisoen)		Handelsnaam:		Dosis:	

2. In watter kategorie val u behandeling?				
Net ongereelde behandeling tydens aanvalle		Deurlopende behandeling wat net vir kort tydperke onderbreek word		
Behandeling oor 'n aantal maande		Nie tans op enige medikasie nie		

3. Is kortisoen tydens bogenoemde behandelingstydperk gebruik?	Ja		Nee	
--	----	--	-----	--

Indien "ja", meld duur van kortisoen-behandeling:

--	--

4. Meet u die piekvloei met 'n piekvloeiometer?	Ja		Nee		Bevestig dit goeie beheer?	Ja		Nee	
Is daar 'n merkbare verskil in die lesings?						Ja		Nee	
Indien "ja", verskaf volle besonderhede:									

5. Neem u aan sport deel?	Ja		Nee	
Wanneer u deelneem aan sport, veroorsaak dit simptome?	Ja		Nee	
Indien "ja", verskaf volle besonderhede:				

6. Was u ooit van die werk afwesig weens u asemhalingskondisie?	Ja		Nee	
Indien "ja", verskaf datum/s en besonderhede:				

7. Is daar omstandighede by die werk wat u simptome vererger?	Ja		Nee	
Indien "ja", verskaf volle besonderhede:				

8. Is u allergies vir enige medikasie (bv. aspirien) of enige soort kos?	Ja		Nee	
Indien "ja", verskaf volle besonderhede:				

9. Is daar ooit enige beperkings van funksionele kapasiteit, insluitend u vermoë om te werk?	Ja		Nee	
Indien "ja", verskaf datum/s en besonderhede:				

10. Rook u tans?	Ja		Nee									
Indien "ja", verskaf besonderhede van u huidige en vorige rookgewoontes:												
Huidige rookgewoontes		per dag	Vorige rookgewoontes		per dag	Het ophou rook	M	M	J	J	J	J

11. Het u ooit een van die volgende ondersoeke gehad?	Ja		Nee									
Indien "ja", meld die datum/s en die uitslae:												
Borskas X-straal		Datum	D	D	M	M	J	J	J	J	Uitslag:	
Longfunksietoets		Datum	D	D	M	M	J	J	J	J	Uitslag:	
Indien enige ander ondersoeke gedoen is, voorsien die naam van ondersoek, datum/s en uitslae:												
Naam van ondersoek		Datum	D	D	M	M	J	J	J	J	Uitslag:	
Naam van ondersoek		Datum	D	D	M	M	J	J	J	J	Uitslag:	

Verskaf asseblief enige verdere toepaslike besonderhede, insluitend die name en adresse van enige mediese dokter/s of spesialis/te wat u behandel het:

--	--

#### 4: Verklaring deur die versekerde lewe

Ek verklaar dat al die stellings wat ek in hierdie vorm gemaak het en besonderhede wat ek 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 van enige versekeringskontrak, wat as gevolg van sodanige aansoek tot stand kom, uitmaak.

Onderteken te

Handtekening van versekerde lewe

Datum

D	D	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Geen betaling vir die voltooiing van hierdie vorm nie.