

## Vraelys oor die gebruik van middele

(deur versekerde lewe)

Polisnommer

Lidnommer\*

Groepnommer\* (\*Vul in vir FundsAtWork)

### 1: Persoonlike besonderhede

Naam van versekerde lewe

Permanente identiteits-/paspoortnommer  Permanente identiteitsnommer  Ja  Nee

Geboortedatum  D D M M J J J J Telefoon

Indien die antwoord op enige van die vrae "ja" is, verskaf asseblief volledige besonderhede, insluitend die datums en die name van dokters en inrigtings, waar dit van toepassing is. Voltooi die toepaslike afdelings.

### 2: Alkohol

1. Is u al ooit deur 'n mediese professionele persoon geadviseer om minder te drink of op te hou rook?  Ja  Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede

Datum van advies  D D M M J J J J

Naam van die mediese professionele persoon wat u geadviseer het

Rede vir advies

Het u familie, eggenoot of vriende u al ooit aangeraai om u alkoholname te verminder of heeltemal te stop?  Yes  No

2. Noem asseblief die huidige hoeveelheid en soort alkohol wat per week gebruik word. (1 eenheid = 1 bottel bier or 1 glas wyn of 1 sopie sterk drank)

0 per week   1 - 10 per week   11 - 20 per week   21 - 30 per week   31 - 40 per week   > 50 per week

3. Wanneer was die laaste keer dat u alkohol gebruik het?  D D M M J J J J

4. Hoeveel het u gedrink per week voordat u opgehou het?

1 - 10 per week   11 - 20 per week   21 - 30 per week   31 - 40 per week   40 - 70 per week   > 70 per week

### 3: Middele

1. Watter van die volgende middele gebruik u of het u in die verlede gebruik?

a. Marijuana, bv. hasjish, cannabis (dagga), hennep Gebruik in verlede  Ja  Nee  Huidige gebruik  Ja  Nee

Datum: Eerste  D D M M J J J J Laaste  D D M M J J J J

Hoe gereeld?  Daaglik   Een keer per week   Meer as 12 keer per maand   15 tot 20 keer per maand

Een keer, eksperimenteel Datum:  D D M M J J J J Y

Gebruik u dit vir medisinale doeleindes?  Ja  Nee  Gebruik u dit vir ontspanningsdoeleindes?  Ja  Nee

Datum: Eerste  D D M M J J J J Laaste  D D M M J J J J

Watter ander vorme van Marijuana/cannabis gebruik u?  Vloeistof/Olie  Rook  In kos  Ander (spesifiseer)

Het u enige ander vorige geskiedenis van Marijuana/cannabisgebruik?  Ja  Nee  Laaste gebruik  D D M M J J J J

b. Marijuana gemeng, bv. Mandrax Gebruik in verlede  Ja  Nee  Huidige gebruik  Ja  Nee

Datum: Eerste  D D M M J J J J Laaste  D D M M J J J J

c. Opiumderivate, bv. heroïen, morfiën, demerol, metadoon Gebruik in verlede  Ja  Nee  Huidige gebruik  Ja  Nee

Datum: Eerste  D D M M J J J J Laaste  D D M M J J J J

d. Barbiturate, bv. amytal (amilobarbitoon), fenobarbitaal, sekonaal, Nembutaal, penobarbitaal Gebruik in verlede  Ja  Nee  Huidige gebruik  Ja  Nee

Datum: Eerste  D D M M J J J J Laaste  D D M M J J J J

e. Amfetamien, bv. ecstasy, speed, tik, benzdrene (amfetamiensulfaat), dexadrine (deksamfetamien-sulfaat), methedrine (metamfetamien) Gebruik in verlede  Ja  Nee  Huidige gebruik  Ja  Nee

Datum: Eerste  D D M M J J J J Laaste  D D M M J J J J

### 3: Verdowingsmiddels (vervolg)

f. Hallusinogeen, bv. LSD (lisergiensuurdiëtiëlamied), DMT (dimetieltriptamien), CAT (metkatinoon)	Gebruik in verlede	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Huidige gebruik	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>																
	Datum: Eerste	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		D	D	M	M	J	J	J	J	Laaste	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		D	D	M	M	J	J	J	J
D	D	M	M	J	J	J	J															
D	D	M	M	J	J	J	J															
g. Kokaëin	Gebruik in verlede	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Huidige gebruik	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>																
	Datum: Eerste	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		D	D	M	M	J	J	J	J	Laaste	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		D	D	M	M	J	J	J	J
D	D	M	M	J	J	J	J															
D	D	M	M	J	J	J	J															
h. Ander wat nie hierbo genoem word nie	Gebruik in verlede	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Huidige gebruik	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>																
	Datum: Eerste	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		D	D	M	M	J	J	J	J	Laaste	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		D	D	M	M	J	J	J	J
D	D	M	M	J	J	J	J															
D	D	M	M	J	J	J	J															

2. Is u al ooit deur 'n mediese professionele persoon geadviseer om op te hou met die gebruik van oor-die-toonbank-medisyne as gevolg van wangebruik (slaappille, hoesmedisyne, pynmedikasie)? Indien "ja" verskaf volledige besonderhede:

Naam van die verdowingsmiddel wat gebruik is

Dosis

Datum van advies 

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

 Meld wanneer die gebruik gestaak is 

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

### 4: Algemeen – Verdowingsmiddels en alkohol

Hierdie afdeling is verpligtend en die versekerde lewe moet dit voltooi.

1. Het u al ooit enige komplikasie gehad wat verband hou met die gebruik van verdowingsmiddels of alkohol, bv. hepatitis, MIV-infeksie, geestesongesteldheid, ens.? ☐ Ja ☐ Nee

Indien "ja", verskaf besonderhede

2. Het u al ooit mediese behandeling vir enige psigiatriese of geestesversteurings gesoek? ☐ Ja ☐ Nee

Indien "ja", verskaf meer besonderhede in die tabel hieronder.

Dokter se voorletters en van	Rede	Datum van konsultasie								
		<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	D	D	M	M	J	J	J	J
D	D	M	M	J	J	J	J			
		<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	D	D	M	M	J	J	J	J
D	D	M	M	J	J	J	J			
		<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	D	D	M	M	J	J	J	J
D	D	M	M	J	J	J	J			

3. Het u al ooit weens substansmisbruik mediese behandeling gevra? ☐ Ja ☐ Nee

Indien "ja", verskaf besonderhede

4. Het u al ooit hospitaalbehandeling nodig gehad as gevolg van verdowingsmiddel-/alkoholgebruik? ☐ Ja ☐ Nee

Indien "ja", wanneer is u opgeneem 

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

5. Wat is die naam van die hospitaal waar u behandel is?

6. Is u al ooit op 'n metadoon-/Antabuse of enige ander instandhoudingsprogram behandel? ☐ Ja ☐ Nee

Indien "ja", neem u nog daaraan deel? ☐ Ja ☐ Nee

7. Is u 'n lid van enige ondersteuningsgroep? (AA) Alkoholiste Anoniem ☐ (NA) Narkotika Anoniem ☐

8. Is u tans skoon van verdowingsmiddels? ☐ Ja ☐ Nee

### 5: 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 ontstaan.

Onderteken te

Handtekening van versekerde lewe

Datum 

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