

Nek- en rugpynvraelys

(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"/>										Finansiële adviseur kode	<input type="text"/>
Makelaarhuskode	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>	<input type="text"/>								

2: Algemene vrae

- Wanneer het u die eerste keer nek- of rugpyn ondervind?

Gebeurtenis 1	Eerste simptome	Laaste simptome	Deurlopende simptome
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
- Was dit 'n Enkele gebeurtenis Een van veelvuldige gebeurtenisse*

*Vir veelvuldige gebeurtenisse, voltooi alle relevante datums

Gebeurtenis 2	Eerste simptome	Laaste simptome	Deurlopende simptome
Gebeurtenis 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Gebeurtenis 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Gebeurtenis 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
- Indien hierdie 'n enkele gebeurtenis was, verskaf volle besonderhede:
- Wat is of was die oorsaak van die nek- of rugkwaal?

Besering Siekte Sedert geboorte Ander

Indien "ander", verskaf volle besonderhede
- Wat is of was die aard van die toestand wat die simptome veroorsaak/veroorsoak het?

Fraktuur <input type="checkbox"/>	Verskuifde/Vernoude werwel <input type="checkbox"/>	Spierbesering <input type="checkbox"/>	Ligamentbesering <input type="checkbox"/>
Ruggraatverkrumming (skoliose) <input type="checkbox"/>	Artritis <input type="checkbox"/>	Ander <input type="checkbox"/>	

Verskaf volledige besonderhede, insluitend datums:
- Watter deel van die ruggraat is of was aangetas?

Nek (servikaal) Lae rug (lumbaal) Borskas (torakaal) Lumbosakraal

Verskaf volledige besonderhede, insluitend datums:
- Ondervind u tans of het u 'n geskiedenis van enige van die volgende "chroniese pyntoestande"?

Chroniese hoofpyn (migraine, spanningshoofpyn) <input type="checkbox"/>	Gewrigspyne, behalwe die rug <input type="checkbox"/>
Spieryne (fibromialgie) <input type="checkbox"/>	Spastiese kolonsindroom <input type="checkbox"/>
Ander, spesifiseer asseblief <input type="text"/>	

Verskaf volledige besonderhede, insluitend datums:
- Het u tans chroniese moegheidsindroom ("jappiegriep") of het u dit in die verlede gehad?

Ja Nee

Verskaf volledige besonderhede, insluitend datums:

2: Algemene vrae (vervolg)

9. Het u tans enige simptome van depressie of werkspanning of het u dit in die verlede gehad? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend datums:

1ste datum	2de datum	3de datum
M M J J J J J	M M J J J J J	M M J J J J J

Deurlopend Ja Nee

10. Kry u tans behandeling vir depressie of werkspanning of het u in die verlede behandeling hiervoor ontvang? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend datums:

1ste datum	2de datum	3de datum
M M J J J J J	M M J J J J J	M M J J J J J

Deurlopend Ja Nee

11. Raadpleeg u tans of het u in die verlede 'n sielkundige of psigiater geraadpleeg? Ja Nee

Verskaf volledige besonderhede, insluitend datums:

12. Het u enige funksionele inkorting weens hierdie nek- of rugpyn ondervind? Ja Nee

Indien "ja", in watter mate beperk dit tans of het dit in die verlede u beroepswerksaamhede beperk?

13. Was u ooit afwesig van u werk as gevolg van hierdie nek- en rugprobleme? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend datums:

14. Het u enige van die volgende spesiale ondersoeke ondergaan? Ja Nee

X-strale	RT-skanderings	MR-skanderings	Ander
M M J J J J J	M M J J J J J	M M J J J J J	M M J J J J J

Datum van spesiale ondersoeke

Uitslag van spesiale ondersoeke

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede, insluitend resultate en datums:

15. Watter behandeling is of word gegee?

Fisioterapie	M M J J J J J	Manipulasie	M M J J J J J
Fusie	M M J J J J J	Bedrus	M M J J J J J
Traksie	M M J J J J J	Medikasie	M M J J J J J
Ander	M M J J J J J		

Verskaf volledige besonderhede (indien medikasie, meld asseblief handelsnaam):

16. Is daar enige ander simptome of siektes was met u kwaal verband hou of gehou het? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede:

17. Verskaf asseblief enige verdere besonderhede, insluitend verwysings na, konsultasies met of behandeling ontvang van die volgende mediese beroepslui. (Verskaf die volle name en adresse, asook die datums.):

Ortopediese chirurg	Neurochirurg	Fisioterapeute	Chiropraktisyns
Osteopate	Homeopate	Ander	

Indien "ander", verskaf volle besonderhede

Naam

Posadres

Poskode

Datum

Naam

Posadres

Poskode

Datum

18. Wat is u algemene gesondheidstoestand, veral met betrekking tot nek- en rugkwale/-toestande?

2: Algemene vrae (vervolg)

19. Het u in die verlede, of gaan u in die nabye toekoms enige vergoeding ontvang in verband met u nek- of rugbesering of simptome (bv. Padongelukkefonds, Ongevallekommissaris, versekeringseis, siviele eis, ens.)?

Ja

Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede:

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

Geen betaling vir die voltooiing van die vorm nie.