

# Aftekenlijst Medische Aandoeningen

Naam:.....

Geboortedatum:.....

Aanvraagnummer:.....

Tussenpersoonnummer:.....

## 1. Huidaandoeningen:

Acne .....  
Eczeem .....  
Psoriasis .....  
Vetbulten .....

## 2. Spieren/gewrichten:

Arthrose = slijtage .....  
Been/armbreuk .....  
Botontkalking (osteoporose) .....  
CTS (=carpaaltunnelsyndroom) .....  
Dupuytren (fibrosis palmaris) .....  
(verschrompeling van het peesblad)  
Fibromyalgie .....  
Fysiotherapie .....  
Hernia (nek) .....  
Heup (nieuwe) .....  
Kijkoperatie knie / meniscus .....  
Klompvoeten .....  
RSI/muisarm .....  
Rugklachten .....  
Sportblessures .....  
Tennisarm .....  
Whiplash .....

## 3. KNO (arts):

Amandelen .....  
Buisjes .....  
Doof .....  
Keelontsteking .....  
Oorontsteking .....

## 4. Ogen:

Blind .....  
Bril .....  
Glaucoom= verhoogde oogdruk .....  
Lui oog/rechtzetten .....  
Staar .....  
Traanbuisontsteking .....

## 5. Operaties (zonder complicaties):

Besnijdenis .....  
Blindedarm(appendicitis) .....  
Fistel .....  
Galblaas of -stenen .....  
(cholecystitis/cholelithiasis)  
Liesbreuk .....  
Navelbreuk .....  
Nierstenen .....  
Spataderen .....  
Sterilisatie .....  
Vlesboom(myoom/myoma) .....

## 6. Medicijnen voor:

Anticonceptie(pil) .....  
Hyperventilatie .....  
Jicht .....  
Maagzuur .....  
Middenrif .....  
Overgang .....  
Schildklier .....

## 7. Diversen:

Aambeien .....  
Coeliakie (glutenallergie) .....  
Geboorte/bevalling (zonder complicaties) .....  
Griep/verkoudheid .....  
Hoofdpijn / migraine .....  
Kinderwens (IVF) .....  
Koemelk allergie .....  
Pfeiffer .....  
Steriliteit .....

**Bij twijfel altijd een  
Gezondheidsverklaring invullen!**

Ondergetekende verklaart te lijden aan cq. onder behandeling te zijn, of zijn geweest voor de op dit formulier aangekruiste aandoeningen. Naast de aangekruiste aandoeningen lijdt kandidaat-verzekerde niet aan andere aandoeningen, gebruikt geen andere dan genoemde geneesmiddelen, of staat hiervoor onder controle van een specialist, of is hiervoor de laatste 3 jaar onder behandeling geweest.

.....  
Naam:

.....  
Plaats:

.....  
Datum

