

MEDISCHE VRAGENLIJST

Vul één medische vragenlijst in per verzekerde. Voor kinderen jonger dan 18 jaar, vult de wettelijke vertegenwoordiger het formulier in. De medische vragenlijst kan pas onderzocht worden als iedere vraag beantwoord werd.

Naam, voornaam Geboortedatum	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">Rijksregisternummer</div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">of</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">Kleefbriefje van uw ziekenfonds</p> </div>
-------------------------------------	---

ALGEMENE INFORMATIE	JA	NEE
Kruis 'ja' of 'nee' aan, en vul zo nodig aan.		
<input type="checkbox"/> Werd u de laatste 24 maanden opgenomen in het ziekenhuis? Zo ja, waarom?		
<input type="checkbox"/> Is er een ziekenhuisopname gepland? Zo ja, waarom?		
<input type="checkbox"/> Is er een ambulante behandeling gepland of lopende (= zonder ziekenhuisopname)? bv. een reeks zittingen bij de kinesist Zo ja, waarom en wanneer?		
<input type="checkbox"/> Volgt u momenteel een medische behandeling in het kader van een gendertransitie? (bv. hormoontherapie, andere specifieke behandeling) Zo ja, welke?		
<input type="checkbox"/> Neemt u regelmatig geneesmiddelen? Zo ja, welke geneesmiddelen en voor welke aandoening?		
<input type="checkbox"/> Voor vrouwen: bent u zwanger?		
SPECIFIEKE GEZONDHEIDSINFORMATIE Kruis 'ja' of 'nee' aan, en vul zo nodig aan.		
Hart- en vaataandoeningen	JA	NEE
Lijdt u of hebt u tijdens de afgelopen 5 jaar geleden aan:		
<input type="checkbox"/> Hartinfarct		
<input type="checkbox"/> Hartritmestoornissen		
<input type="checkbox"/> Hartklepaandoening		
<input type="checkbox"/> Aandoening van de slagaders		
<input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk		
<input type="checkbox"/> Hersenbloeding/hersentrombose		
<input type="checkbox"/> Aangeboren hartafwijking Zo ja, welke?		
<input type="checkbox"/> Andere aandoening Zo ja, welke?		

Aandoeningen van het ademhalingsstelsel	JA	NEE		
Lijdt u of hebt u tijdens de afgelopen 5 jaar geleden aan:				
<input type="checkbox"/> Astma				
<input type="checkbox"/> Chronische bronchitis				
<input type="checkbox"/> Emfyseem				
<input type="checkbox"/> Slaapapneu (met of zonder behandeling)				
<input type="checkbox"/> Andere aandoening Zo ja, welke?				
Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel	JA	NEE		
Lijdt u of hebt u tijdens de afgelopen 5 jaar geleden aan:				
<input type="checkbox"/> Ziekte van Crohn				
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa				
<input type="checkbox"/> Pancreasontsteking				
<input type="checkbox"/> Levercirrose				
<input type="checkbox"/> Andere aandoening Zo ja, welke?				
Aandoeningen van nier- en urinewegen en geslachtsorganen	JA	NEE		
Lijdt u of hebt u tijdens de afgelopen 5 jaar geleden aan:				
<input type="checkbox"/> Nierstenen				
<input type="checkbox"/> Polycystische nieren				
<input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie/nierdialyse				
<input type="checkbox"/> Prostaatprobleem				
<input type="checkbox"/> Aandoening van baarmoeder/eileiders				
<input type="checkbox"/> Voor vrouwen : Volgt u momenteel een behandeling voor vruchtbaarheidsproblemen? (bv. IVF, kunstmatige inseminatie, enz.) Zo ja, welke?				
<input type="checkbox"/> Andere aandoening Zo ja, welke?				
Aandoeningen van spieren, beenderen en gewrichten				
Lijdt u of hebt u tijdens de afgelopen 5 jaar geleden aan:				
<input type="checkbox"/> Artrose	JA	NEE	JA	NEE
Heup			Schouder	
Knie			Duim	
Rug			Enkel	
Artrose: Andere plaats(en)				

Naam, voornaam

Geboortedatum

JA NEE

- ✓ Reumatische aandoening
 - ✓ Discushernia
 - ✓ Spierziekte
- Zo ja, welke?**

- ✓ Aangeboren afwijkingen aan beenderen/gewrichten
- Zo ja, welke?**

- ✓ Osteoporose (botontkalking)
 - ✓ Andere aandoening
- Zo ja, welke?**

Neurologische en psychische aandoeningen JA NEE

Lijdt u of hebt u tijdens de afgelopen 5 jaar geleden aan:

- ✓ Epilepsie
 - ✓ Multiple sclerose
 - ✓ Ziekte van Parkinson
 - ✓ Dementie (bv. ziekte van Alzheimer, ...)
 - ✓ Verslaving aan drugs
 - ✓ Verslaving aan alcohol
 - ✓ Andere neurologische aandoening (bv. meningitis, ALS, ...)
- Zo ja, welke?**

- ✓ Andere psychische aandoening (bv. depressie, ...)
- Zo ja, welke?**

Aandoeningen van oog, oor, mond, neus en keel JA NEE

Lijdt u of hebt u tijdens de afgelopen 5 jaar geleden aan:

- ✓ Gespleten lip en/of verhemelte
 - ✓ Andere aandoeningen van mond-kaak-aangezicht
- Zo ja, welke?**

- ✓ Bijziendheid, indien ≥ -6 (bv. -6, -7, -8, ...), verziendheid, indien $\geq +6$ (bv. +6, +7, +8, ...)
- Zo ja, wat is de sterkte van uw glazen/contactlenzen?**

- ✓ Andere oogaandoening (bv. : cataract, ...)?
- Zo ja, welke?**

- ✓ Gehoorproblemen
- Zo ja, welke?**

- ✓ Andere aandoening
- Zo ja, welke?**

Specifieke aandoeningen JA NEE

Lijdt u of hebt u tijdens de afgelopen 5 jaar geleden aan:

- ✓ Obesitas (BMI ≥ 30)
BMI = gewicht in kg \div (lengte in m X lengte in m)
- Zo ja, wat is uw BMI?**

- ✓ Diabetes
 - ✓ Chronische hepatitis
 - ✓ HIV-positiviteit / aids
 - ✓ Kwaadaardige aandoening (kanker)
- Zo ja, welk orgaan?**

Zo ja, wanneer is de diagnose gesteld?

- ✓ Hebt u tijdens de afgelopen 5 jaar een ingreep ondergaan ter behandeling van obesitas? (bv. gastric bypass, maagband, ...)
- Zo ja, welke en op welke datum?**

- ✓ Hebt u een orgaantransplantatie ondergaan?
- Zo ja, van welk orgaan?**

- ✓ Lijdt u of hebt u de afgelopen 5 jaar geleden aan een aandoening die nog niet vermeld werd?
- Zo ja, welke?**

Ik, ondergetekende, verklaar dat ik op bovenstaande vragen een antwoord gegeven heb zonder enige opzettelijke weglating of fout. Ik ben mij ervan bewust dat iedere valse verklaring in mijn antwoorden kan leiden tot het verlies van het recht op de terugbetalingen van de VMOB 'MLOZ Insurance'.

Opgemaakt te

op

Handtekening

Recht op terugbetalingen

Om onze terugbetalingen te kunnen genieten, moet er een wachttijd van 3 maanden voor Hospitalia Smart, Care, Plus en de waarborg Zware Ziektes en 6 maanden voor Hospitalia Continuïteit en Ambulant vervuld worden die begint te lopen op de aansluitingsdatum. Er is geen wachttijd voor een ongeval, mits toestemming van de medisch adviseur Hospitalia. Pasgeborenen hoeven geen wachttijd te vervullen als de wachttijd van de ouders afgelopen is vóór zijn geboorte en als de inschrijving gebeurd is binnen de 3 maanden na de geboorte (+uitzonderingen). In geval van aansluiting bij het product Hospitalia Smart, Hospitalia Care of Hospitalia Plus en de waarborg Zware Ziektes na een gelijkaardige hospitalisatieverzekering, kan de wachttijd afgeschaft worden volgens de in de statuten vermelde voorwaarden. Er wordt geen terugbetaling toegekend voor een ziekenhuisopname die begint tijdens deze wachttijd. In geval van een ziekte, aandoening of toestand (zoals zwangerschap) die bestaat op de datum van aansluiting

of overgang van het ene product naar het andere en die een ziekenhuisopname veroorzaakt, is er een beperkte tegemoetkoming: uitsluiting van de kamer- en honorariumsupplementen voor een verblijf in een eenpersoonskamer, voor Hospitalia Smart, Hospitalia Care of Hospitalia Plus (als de wachttijd beëindigd is) en voor Hospitalia Ambulant en de waarborg Zware Ziektes, waarbij er geen terugbetaling is van de ambulante verstrekkingen in verband met die ziekte, aandoening of toestand. In geval van bevalling tijdens de eerste 9 maanden van aansluiting bij het product, kan de bevalling beschouwd worden als het resultaat van een vooraf bestaande toestand. In dat geval zullen de hospitalisatiekosten ten laste genomen worden, voor zover de algemene wachttijd vervuld is, met uitsluiting van de kamer- en honorariumsupplementen, wanneer de verzekerde kiest voor een verblijf in eenpersoonskamer. Deze beperking is echter niet van toepassing indien de bevalling gebeurt na 9 maanden gecumuleerde aansluiting bij een gelijkaardige ziekenfondsverzekering en de verzekering Hospitalia samen.