

A

Persoonlike Inligting (Velde gemerk met * is verpligtend)

Naam en van

Identiteitsnommer

Geboortedatum

Lengte (in cm)* cm of ft

Gewig (in kg)* kg of lb Kleding grootte

Geslag Manlik Vroulik

Huwelikstatus Getroud Enkel Wewenaar/Weduwee Geskei

Is u die hoofaansoeker of die eggenoot van die hoofaansoeker?
 Hoofaansoeker Eggenoot van hoofaansoeker

Naam van huisdokter: Huisdokter se kontaknommer:

Indien ons enige verdere navrae het oor hierdie inligting, sal ons u kontak. Verstrek asseblief:
 U verkose kontaknommer:

Die mees gepaste tyd van die dag vir u om ons oproep te ontvang:

Indien iemand anders hierdie vraelys namens u voltooi, moet hy/sy asseblief sy/haar verwantskap aan u hier aandui:

Maandelikse huishoudelike inkomste voor belasting* R:

Beroep: Indien ontslag weens mediese ongeskiktheid, verskaf rede:

Werkgewer:

Hoogste vlak van onderrig/opleiding*:

Laer as Standaard 8 Standaard 8 / Standaard 9 Matriek

3-jaar diploma / B-Tech Universiteitsgraad / professioneel

Is u 'n lid van 'n mediese skema? Ja Nee

Wat is die naam van die mediese skema?

Alkoholname per week:

Drink u alkohol? Ja Nee

As u ja geantwoord het, dui asseblief die eenhede per week aan eenhede

Waar 1 eenheid 250ml bier is, 'n standaard glas wyn (175ml) en 25ml sterk drank (1 sopie)

As u meer besonderhede by enige van u antwoorde in Afdeling 1 wil byvoeg, gebruik asseblief hierdie blokkie.

B

Gesondheidsinligting

1 Rook u? Ja Nee

As u antwoord ja is, merk asb. 1a en 1b en/of 1c:

- 1a) Wanneer het u begin rook?
- 1b) As u vervaardigde sigarette rook, hoeveel sigarette rook u gemiddeld per dag?
- 1c) As u handgerolde sigarette of 'n pyp rook, hoeveel tabak rook u per week? gram

Gesondheidsinligting

2 Is u al ooit met 'n hartsiekte gediagnoseer? Ja Nee

Indien u ja geantwoord het, beantwoord asseblief 2a:

2a) Met watter hartsiekte is u gediagnoseer?

Borspyn wat bevestig is as angina Datum van diagnose: M M J J J J

Hartvatsiekte (aanpaksel in die hartslagare) Datum van diagnose: M M J J J J

Hartaanval Datum van hartaanval: M M J J J J

In die geval van meer as 1 hartaanval, verskaf asseblief M M J J J J M M J J J J

M M J J J J

Indien u ENIGE van die opsies in 2a gemerk het, beantwoord asseblief 2b, 2c en 2d.

2b) Wanneer laas het u borspyn wat op hierdie toestand betrekking het, ervaar? 2c) M M J J J J

Het u 'n hartomleiding gehad? Ja Nee

Datum van mees onlangse prosedure: M M J J J J

2d) Het u al stents of ballonangioplastie ontvang? Ja Nee

Datum van mees onlangse prosedure: M M J J J J

Indien u ja geantwoord het op 2c of 2d, beantwoord asseblief 2e:

2e) Hoeveel slagare is in die mees onlangse prosedure behandel?

1 2 3 4 of meer

Enige verdere besonderhede

3 Is u al ooit met diabetes gediagnoseer? Ja Nee

Indien u ja geantwoord het, beantwoord asseblief 3a, 3b en 3c:

3a) Wanneer is diabetes by u gediagnoseer? M M J J J J

3b) Hoe kontroleer u diabetes? Kies elke opsie wat van toepassing is:

Met dieet

Met tablette

Met insulien

Ander. Gee asseblief besonderhede:

3c) Wat is u mees onlangse HbA1c lesing** soos by 'n kliniek gemeet, indien bekend? %

** Dit is NIE dieselfde as u daaglikse glukose-lesing nie

Enige verdere besonderhede

4 Is u al ooit weens 'n beroerte in die hospitaal opgeneem (waar die simptome vir langer as 24 ure geduur het)? Ja Nee

Indien u ja geantwoord het, beantwoord asb. 4a, 4b, 4c en 4d:

4a) Watter soort beroerte het u gehad?

Verbygaande Iskemiese Aanval (VIA) Subaragnoïede Bloeding

Serebrale Trombose of Embolie Aneurisme of AV Misvorming wat steeds teenwoordig is

Serebrale Bloeding Onseker

4b) Wanneer het dit laas gebeur? M M J J J J

4c) Ervaar u steeds enige van die volgende simptome?

i) Onvermoë om sonder hulp te loop Ja Nee

ii) Blaas- of ontlastingsongeluk 1 keer per week of meer Ja Nee

4d) Het u steeds hulp nodig om aan te trek, te eet of te bad? Ja Nee

Enige verdere besonderhede

Gesondheidsinligting

5 Is u al ooit met kanker gediagnoseer? Ja Nee

Indien u ja geantwoord het, beantwoord ook asb. 5a, 5b, 5c, 5d en 5e.

Indien u die afgelope 10 jaar meer as een onverwante soorte kanker gehad het, vul asb besonderhede van enige ander kanker op Seksie 8 in.

5a) Watter soort kanker was dit en waar het dit voorgekom?

5b) Wanneer is dit gediagnoseer?

5c) Watter soort behandeling het u ontvang? (Merk alles wat van toepassing is)

- Chirurgie Radioterapie
 Chemoterapie Ander. Gee asseblief besonderhede:

5d) Het die kanker versprei? Ja Nee

Indien u ja geantwoord het, dui asb. aan waarheen dit versprei het: Na die

- limfkliere
 Na ander organe/liggaamsdele. Gee asseblief besonderhede:

5e) Verskaf asseblief enige inligting wat aan u gegee is oor die stadium waarin die kanker is (bv. Fase 1, Fase 2, ens. of TNM klassifikasie of Dukes fase) en die graad (bv. Graad 1, Graad 2, ens.):

Enige verdere besonderhede

6 Is u al ooit met 'n chroniese (durende) longtoestand gediagnoseer? Ja Nee

Indien u ja geantwoord het, beantwoord asb. 6a, 6b, 6c en 6d:

6a) Met watter longtoestand is u gediagnoseer, en wanneer was dit gediagnoseer

Asma

Datum van diagnose:

Chroniese obstruktiwige lugwegaansiekte, brongitis of emfiseem

Datum van diagnose:

Pneumokoniose of asbestose (hou verband met blootstelling aan steenkoolstof en aan asbes)

Datum van diagnose:

Tuberkulose (TB)

Datum van diagnose:

Ander. Gee asseblief besonderhede:

Datum van diagnose:

6b) Wat is u huidige longfunksie kapasiteit, soos gemeet deur u dokter of verpleegster met betrekking tot GEV1 (geforceerde eksploratoriese volume in 1 sekonde), indien bekend? %

6c) Moet u daaglik mondelings steroïde neem vir u toestand? Ja Nee

6d) Het u vir ten minste die afgelope ses maande daaglik 15 uur of langer suurstof tuis gebruik?

Ja Nee

Enige verdere besonderhede

Gesondheidsinligting

7 Verskaf asb. 'n lys van alle medikasie wat tans vir u voorgeskryf is:

Naam van medikasie	Dosis	Gereeldheid van gebruik ¹	Waarvoor neem u die medikasie?	Datum van diagnose

¹Daagliks, twee keer per dag, weekliks. As aanbeveel is dat dit net "soos nodig" gebruik moet word, hoe gereeld gebruik u dit gemiddeld?

Enige bykomende inligting

8 Benewens die toestande wat in hierdie vraelys voorkom, noem asseblief enige ander toestande soos hoë bloeddruk of cholesterol wat u het of gehad het? Meld asseblief ook enige hospitaalopnames in die afgelope vyf jaar.

Aard van toestand	Behandeling	Datum van diagnose							
		D	D	M	M	J	J	J	J
		D	D	M	M	J	J	J	J
		D	D	M	M	J	J	J	J
		D	D	M	M	J	J	J	J
		D	D	M	M	J	J	J	J
		D	D	M	M	J	J	J	J

VRYWARING

U persoonlike inligting, insluitende inligting oor u gesondheid, is vertroulik. Ons sal hierdie inligting net gebruik om onderskrywing, besigheidsanalise en navorsing te doen. Ons sal u inligting nie aan derde partye verskaf nie of dit gebruik vir bemerkingsdoeleindes sonder u toestemming nie.

Na die beste van my wete is die inligting wat verskaf is akkuraat en volledig.

Handtekening

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

Datum