

# Aanvullende gezondheidsvragen DELA UitvaartPlan

Vul voor elke persoon waarvoor een vraag met 'ja' is beantwoord, een aanvullende vragenlijst in. Op dit formulier kunt u voor 2 personen gegevens invullen. Als u voor meer dan 2 personen vragenlijsten in moet vullen, vraag deze dan extra aan via onze Klantenservice, bereikbaar op 040 260 16 36. U kunt ook zelf een kopie maken van de vragenlijst.

Aankruisen wat van toepassing is. Graag invullen in BLOKLETTERS en met zwarte of blauwe pen.

Aanvraagnummer:

## Stap 1: Vul de persoonlijke gegevens in

Voornaam   
Tussenvoegsel + achternaam   
Geboortedatum  -  -

## Stap 2: Vul de gegevens in van uw arts en/of specialist

Bent u onder behandeling en/of controle van een (huis)arts en/of specialist? Of bent u dit in de afgelopen 3 jaar geweest?  ja  nee (bij nee, ga verder met stap 3)

	Soort arts of specialist <small>noem hier alle specialismen (bijvoorbeeld huisarts of internist)</small>	Sinds wanneer <small>maand - jaar</small>	Waarvoor	Nog onder behandeling en/of controle	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
2	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
3	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
4	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
5	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

## Stap 3: Vul de gegevens in van uw geneesmiddelen

Gebruikt u geneesmiddelen?  ja  nee (bij nee, ga verder met stap 4)

	Naam geneesmiddel <small>noem hier alle namen</small>	Sinds wanneer <small>maand - jaar</small>	Waarvoor
1	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>

## Stap 4: Ondertekening

Datum:  -  -

Handtekening: \_\_\_\_\_

Heeft u  
vragen?

Bel  
040 260 16 36

Stuur dit formulier vandaag nog GRATIS retour in de bijgevoegde antwoordenvolp



# Aanvullende gezondheidsvragen DELA UitvaartPlan

Vul voor elke persoon waarvoor een vraag met 'ja' is beantwoord, een aanvullende vragenlijst in. Op dit formulier kunt u voor 2 personen gegevens invullen. Als u voor meer dan 2 personen vragenlijsten in moet vullen, vraag deze dan extra aan via onze Klantenservice, bereikbaar op 040 260 16 36. U kunt ook zelf een kopie maken van de vragenlijst.

Aankruisen wat van toepassing is. Graag invullen in BLOKLETTERS en met zwarte of blauwe pen.

Aanvraagnummer:

## Stap 1: Vul de persoonlijke gegevens in

Voornaam   
Tussenvoegsel + achternaam   
Geboortedatum  -  -

## Stap 2: Vul de gegevens in van uw arts en/of specialist

Bent u onder behandeling en/of controle van een (huis)arts en/of specialist? Of bent u dit in de afgelopen 3 jaar geweest?  ja  nee (bij nee, ga verder met stap 3)

	Soort arts of specialist <small>noem hier alle specialismen (bijvoorbeeld huisarts of internist)</small>	Sinds wanneer <small>maand - jaar</small>	Waarvoor	Nog onder behandeling en/of controle	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
2	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
3	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
4	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
5	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

## Stap 3: Vul de gegevens in van uw geneesmiddelen

Gebruikt u geneesmiddelen?  ja  nee (bij nee, ga verder met stap 4)

	Naam geneesmiddel <small>noem hier alle namen</small>	Sinds wanneer <small>maand - jaar</small>	Waarvoor
1	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>

## Stap 4: Ondertekening

Datum:  -  -

Handtekening: \_\_\_\_\_

Heeft u vragen?

Bel  
040 260 16 36

Stuur dit formulier vandaag nog GRATIS retour in de bijgevoegde antwoordenvolp

