

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

