



## Bijlage gezondheidsverklaring

### Gegevens verzekerde

Naam verzekerde:

---

Geboortedatum verzekerde (DD-MM-JJJJ):

---

Verzekerde nummer op aanvraag:

1  2  3  4  5  6

**Let op!** De medische bijlage is persoonlijk en dient per verzekerde ingevuld en ondertekend te worden.

**Leeswijzer:** Na het beantwoorden van een vraag, gaat u verder naar de volgende vraag, tenzij anders is aangegeven.

Datum:

Plaats:

Handtekening verzekerde:

---

**Disclaimer:**

- Met deze handtekening bevestigt u dat u deze bijlage, bestaande uit totaal 12 pagina's, heeft doorgenomen en naar waarheid heeft ingevuld.
- Deze bijlage mag door uw financieel adviseur niet als dossiervorming gebruikt worden.

## Bijlage 1

### Hart- of vaataandoening, herseninfarct of hersenbloeding

<b>1</b>	<b>Heeft de verzekerde klachten gehad door of is de verzekerde behandeld voor een hart- of vaataandoening, herseninfarct of hersenbloeding?</b>	<input type="checkbox"/> <b>nee</b> (ga naar 2)	<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
----------	---	---	------------------------------------

<b>1.1</b>	<b>Beroerte of TIA (hersenbloeding/herseninfarct)</b>	<input type="checkbox"/> <b>nee</b> (ga naar 1.2)	<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
------------	---	---	------------------------------------

1.1.1	Is verzekerde restloos hersteld?	<input type="checkbox"/> nee (ga naar 1.1.6)	<input type="checkbox"/> ja
1.1.2	Was pilgebruik (OAC) of migraine de oorzaak van de beroerte of TIA?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 1.2)
1.1.3	Hoe lang geleden heeft verzekerde een beroerte gehad?	<input type="checkbox"/> 5 jaar of minder geleden <input type="checkbox"/> meer dan 5 jaar geleden	
1.1.4	Gebruikt verzekerde medicijnen voor de beroerte of TIA?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
1.1.5	Heeft verzekerde een verhoogde bloeddruk?	<input type="checkbox"/> nee (ga naar 1.2)	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 1.2)
1.1.6	Hoe lang geleden heeft verzekerde een beroerte gehad?	<input type="checkbox"/> 5 jaar of minder geleden <input type="checkbox"/> meer dan 5 jaar geleden	
1.1.7	Kan verzekerde zelfstandig functioneren zonder hulp(middelen)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
1.1.8	Heeft verzekerde een verhoogde bloeddruk?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

<b>1.2</b>	<b>Hartinfarct</b>	<input type="checkbox"/> <b>nee</b> (ga naar 1.3)	<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
------------	--------------------	---	------------------------------------

1.2.1	Hoe vaak heeft verzekerde een hartinfarct gehad?	<input type="checkbox"/> 1 keer <input type="checkbox"/> meer dan 1 keer	
1.2.2	Wanneer heeft verzekerde voor het laatst een hartinfarct gehad?	<input type="checkbox"/> 3 jaar of minder geleden <input type="checkbox"/> meer dan 3 jaar geleden	
1.2.3	Kan verzekerde zelfstandig functioneren zonder hulp(-middelen)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

<b>1.3</b>	<b>Hartritmestoornis</b>	<input type="checkbox"/> <b>nee</b> (ga naar 1.4)	<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
------------	--------------------------	---	------------------------------------

1.3.1	Wat voor soort hartritmestoornis heeft verzekerde? <i>(Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> boezemfibrilleren (ga naar 1.4) <input type="checkbox"/> een erfelijke hartritmestoornis (ga naar 1.4) <input type="checkbox"/> een ander soort hartritmestoornis	
1.3.2	Op welke manier wordt verzekerde hiervoor behandeld? <i>(Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> geen behandeling (ga naar 1.4) <input type="checkbox"/> medicijnen (ga naar 1.4) <input type="checkbox"/> pacemaker (ga naar 1.4) <input type="checkbox"/> defibrillator	
1.3.3	Hoe lang heeft verzekerde deze defibrillator?	<input type="checkbox"/> 2 jaar of minder geleden <input type="checkbox"/> meer dan 2 jaar geleden	

<b>1.4</b>	<b>Hartspierziekte (cardiomyopathie)</b>	<input type="checkbox"/> <b>nee</b> (ga naar 1.5)	<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
------------	--	---	------------------------------------

1.4.1	Waardoor is de hartspierziekte veroorzaakt? <i>(Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> hartinfarct (ga naar 1.5) <input type="checkbox"/> infectie (ga naar 1.5) <input type="checkbox"/> zwangerschap (ga naar 1.5) <input type="checkbox"/> anders	
1.4.2	Kan verzekerde zonder belemmering 2 trappen achter elkaar oplopen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
1.4.3	Heeft verzekerde een verhoogde bloeddruk?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

1.5 Hartklepaandoening		■ nee (ga naar 1.6)	■ ja
1.5.1	Is de hartklepaandoening aangeboren?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
1.5.2	Heeft verzekerde een operatie ondergaan voor de hartklepaandoening?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
1.5.3	Heeft verzekerde een verhoogde bloeddruk?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

  

1.6 Aangeboren hartafwijking		■ nee (ga naar 1.7)	■ ja
1.6.1	Welke aangeboren hartafwijking heeft verzekerde? <i>(Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> transpositie <input type="checkbox"/> tetralogie <input type="checkbox"/> hypoplastisch <input type="checkbox"/> dextrocardie <input type="checkbox"/> vernauwing <input type="checkbox"/> atrium- of ventrikelseptum <input type="checkbox"/> anders	
1.6.2	Heeft verzekerde een operatie ondergaan voor deze aandoening?	<input type="checkbox"/> nee (ga naar 1.6.4)	<input type="checkbox"/> ja
1.6.3	Wanneer heeft verzekerde deze operatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> minder dan 1 jaar geleden <input type="checkbox"/> 1 jaar of meer geleden	
1.6.4	Heeft verzekerde een verhoogde bloeddruk?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

  

1.7 Slagadervernauwing of slagaderverwijding op een andere plek in het lichaam		■ nee (ga naar 2)	■ ja
1.7.1	Heeft verzekerde een etalagebeen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
1.7.2	Welke afstand kan verzekerde zonder te pauzeren lopen? <i>(Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> minder dan 100 meter <input type="checkbox"/> 100 of meer & minder dan 500 meter <input type="checkbox"/> 500 meter of meer	
1.7.3	Heeft verzekerde een verhoogde bloeddruk?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
1.7.4	Heeft verzekerde een verhoogd cholesterolgehalte?	<input type="checkbox"/> nee (ga naar 2)	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 2)

## Bijlage 2

### Kwaadaardige aandoening (kanker)

<b>2</b>	<b>Heeft de verzekerde klachten gehad door of is de verzekerde behandeld voor een vorm van een kwaadaardige aandoening (kanker)?</b>	<input type="checkbox"/> <b>nee</b> <i>(ga naar 3)</i>	<input type="checkbox"/> <b>ja</b>
2.1	Waar is de oorsprong van de kwaadaardige aandoening geconstateerd? <i>(Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> borst (bij vrouw) <input type="checkbox"/> prostaat (bij man) <input type="checkbox"/> testis (bij man) <input type="checkbox"/> longen <input type="checkbox"/> maag of darmen <input type="checkbox"/> huid (melanoom) <input type="checkbox"/> hersenen <input type="checkbox"/> bloed (incl. hodgkin en non-hodgkin) <input type="checkbox"/> schildklier <input type="checkbox"/> alveesklier lever nier <input type="checkbox"/> anders	
2.2	Wanneer is verzekerde voor het laatst behandeld voor deze kwaadaardige aandoening (kanker)? <i>(Er is maar één keuze mogelijk)</i>  <i>(Deze optie is alleen mogelijk als vraag 2.1 de keuze Bloed is)</i>	<input type="checkbox"/> 3 jaar of minder geleden <i>(ga naar 3)</i> <input checked="" type="checkbox"/> 4 t/m 5 jaar geleden <i>(ga naar 2.3)</i> <input type="checkbox"/> 6 t/m 10 jaar geleden <i>(ga naar 2.3)</i> meer dan 10 jaar geleden <i>(ga naar 3)</i> <input type="checkbox"/> geen behandeling <i>(ga naar 3)</i>	
2.3	Is de behandeling gericht op genezing of op verzachting/vertraging?	<input type="checkbox"/> gericht op genezing <input type="checkbox"/> gericht op verzachting/vertraging <i>(ga naar 3)</i>	
2.4	Is er sprake van uitzaaiing naar de lymfeklieren?	<input type="checkbox"/> nee <i>(ga naar 2.6)</i>	<input type="checkbox"/> ja
2.5	Is er sprake van uitzaaiing naar andere delen in het lichaam?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
2.6	Is verzekerde behandeld met chemotherapie, bestraling en/of heeft verzekerde een beenmergtransplantatie gehad?	<input type="checkbox"/> nee <i>(ga naar 3)</i>	<input type="checkbox"/> ja <i>(ga naar 3)</i>

## Bijlage 3

### Psychische of neurologische aandoening

**3** Heeft verzekerde klachten gehad of is de verzekerde behandeld voor een psychische, neurologische aandoening of verslaving?  nee (ga naar 4)  ja

**3.1** Dementie  nee (ga naar 3.2)  ja

3.1.1 Wat is de oorzaak van de dementie?  
(Er is maar één keuze mogelijk)

vaatlijden  
 huntington  
 creutzfeld-jakob  
 pick  
 alzheimer  
 anders

3.1.2 Kan verzekerde geheel zelfstandig functioneren?  nee  ja

**3.2** Depressie of angststoornis  nee (ga naar 3.3)  ja

3.2.1 Wanneer is verzekerde voor het laatst behandeld voor deze depressie of angststoornis?  
(Medicijngebruik of gesprekken of opname. Er is maar één keuze mogelijk)

5 jaar of minder geleden  
 tussen de 5 en 10 jaar geleden (ga naar 3.2.4)  
 meer dan 10 jaar geleden (ga naar 3.2.7)

3.2.2 Is verzekerde de afgelopen zes maanden opgenomen geweest voor zijn/haar depressie of angststoornis?  nee  ja (ga naar 3.3)

3.2.3 Staat verzekerde nog onder behandeling voor de depressie of angststoornis?  nee  ja

3.2.4 Is verzekerde vaker depressief geweest of heeft verzekerde vaker last gehad van een angststoornis?  nee  ja

3.2.5 Heeft verzekerde een poging tot zelfdoding gedaan?  nee  ja

3.2.6 Heeft verzekerde een borderline persoonlijkheidsstoornis?  nee  ja

3.2.7 Gebruikt verzekerde drugs?  nee  ja (ga naar 3.3)

3.2.8 Hoeveel glazen alcohol drinkt verzekerde gemiddeld per dag?  
(Standaardglazen. Er is maar één keuze mogelijk)

0  
 1 tot en met 5  
 6 tot en met 9  
 10 of meer

**3.3** Epilepsie  nee (ga naar 3.4)  ja

3.3.1 Heeft verzekerde alleen 's nachts epilepsieaanvallen?  nee  ja (ga naar 3.4)

3.3.2 Wanneer is de diagnose gesteld?

minder dan 6 maanden geleden  
 6 maanden of langer geleden

3.3.3 Hoeveel epilepsieaanvallen heeft verzekerde per jaar?

12 of minder  
 meer dan 12

3.3.4 Is laatste aanval meer dan twee jaar geleden?  nee  ja

<b>3.4 Multiple sclerose (MS)</b>		<input type="checkbox"/> nee <i>(ga naar 3.5)</i>	<input type="checkbox"/> ja
3.4.1	Worden de klachten van verzekerde steeds ernstiger (progressief verloop)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.4.2	Wanneer is de diagnose gesteld?	<input type="checkbox"/> 1 jaar of minder geleden <input type="checkbox"/> meer dan 1 jaar geleden	
3.4.3	Gebruikt verzekerde medicijnen hiervoor?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.4.4	Kan verzekerde zelfstandig functioneren zonder hulp-(middelen)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

  

<b>3.5 Neurologische spierziekte</b>		<input type="checkbox"/> nee <i>(ga naar 3.6)</i>	<input type="checkbox"/> ja
3.5.1	Heeft u ALS	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <i>(ga naar 3.6)</i>
3.5.2	Kan verzekerde zelfstandig functioneren zonder hulp-(middelen)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

  

<b>3.6 Ziekte van Parkinson</b>		<input type="checkbox"/> nee <i>(ga naar 3.7)</i>	<input type="checkbox"/> ja
3.6.1	Kan verzekerde zelfstandig functioneren zonder hulp-(middelen)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.6.2	Worden de klachten van verzekerde steeds ernstiger (progressief verloop)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

  

<b>3.7 Psychose of Schizofrenie</b>		<input type="checkbox"/> nee <i>(ga naar 3.8)</i>	<input type="checkbox"/> ja
3.7.1	Wanneer heeft verzekerde voor het laatst klachten gehad?	<input type="checkbox"/> 10 jaar of minder geleden <input type="checkbox"/> meer dan 10 jaar geleden <i>(ga naar 3.7.4)</i>	
3.7.2	Is verzekerde het afgelopen jaar opgenomen geweest?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <i>(ga naar 3.8)</i>
3.7.3	Heeft verzekerde vaker een psychose of periode van schizofrenie doorgemaakt?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.7.4	Wordt verzekerde nog behandeld voor zijn/haar psychose of schizofrenie?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.7.5	Heeft verzekerde een poging tot zelfdoding gedaan?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.7.6	Heeft verzekerde een borderline persoonlijkheidsstoornis?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.7.7	Gebruikt verzekerde drugs?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <i>(ga naar 3.8)</i>
3.7.8	Hoeveel glazen alcohol drinkt verzekerde gemiddeld per dag? <i>(Standaardglazen. Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 tot en met 5 <input type="checkbox"/> 6 tot en met 9 <input type="checkbox"/> 10 of meer	

  

<b>3.8 Spierdystrofie</b>		<input type="checkbox"/> nee <i>(ga naar 3.9)</i>	<input type="checkbox"/> ja
3.8.1	Selecteer de vorm van spierdystrofie <i>(Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> steinert <i>(ga naar 3.9)</i> <input type="checkbox"/> duchènne <i>(ga naar 3.9)</i> <input type="checkbox"/> oogspierdystrofie <i>(ga naar 3.9)</i> <input type="checkbox"/> distale spierdystrofie <i>(ga naar 3.9)</i> <input type="checkbox"/> schouderdystrofie <input type="checkbox"/> andere vorm van spierdystrofie <i>(ga naar 3.8.3)</i>	
3.8.2	Kan verzekerde zelfstandig functioneren zonder hulp-(middelen)?	<input type="checkbox"/> nee <i>(ga naar 3.9)</i>	<input type="checkbox"/> ja <i>(ga naar 3.9)</i>
3.8.3	Is verzekerde rolstoelafhankelijk?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

<b>3.9 Verlamming</b>		<input type="checkbox"/> nee (ga naar 3.10)	<input type="checkbox"/> ja
3.9.1	Wanneer is de verlamming ontstaan?	<input type="checkbox"/> minder dan 6 maanden geleden (ga naar 3.10)	<input type="checkbox"/> 6 maanden of langer geleden
3.9.2	Is er sprake van een dwarslaesie?	<input type="checkbox"/> nee (ga naar 3.9.4)	<input type="checkbox"/> ja
3.9.3	Is er sprake van verlamming van de armen én de benen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.9.4	Kan verzekerde zelfstandig functioneren zonder hulp-(middelen), hierbij valt een rolstoel niet onder hulpmiddelen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.9.5	Is er sprake van een stoornis in de nierfunctie?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
<b>3.10 Verslaving</b>		<input type="checkbox"/> nee (ga naar 3.11)	<input type="checkbox"/> ja
3.10.1	Is verzekerde langer dan 10 jaar vrij van alcohol of drugsgebruik?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 3.11)
3.10.2	Is verzekerde het afgelopen jaar opgenomen geweest vanwege zijn/haar verslaving?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 3.11)
3.10.3	Gebruikt verzekerde nog drugs?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 3.11)
3.10.4	Staat verzekerde nog onder behandeling voor zijn/haar verslaving?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.10.5	Heeft verzekerde een poging tot zelfdoding gedaan?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.10.6	Heeft verzekerde een borderline persoonlijkheidsstoornis?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.10.7	Hoeveel glazen alcohol drinkt verzekerde gemiddeld per dag? <i>(Standaardglazen. Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 tot en met 5
		<input type="checkbox"/> 6 tot en met 9	<input type="checkbox"/> 10 of meer
<b>3.11 Verstandelijke beperking</b>		<input type="checkbox"/> nee (ga naar 3.12)	<input type="checkbox"/> ja
3.11.1	Kan verzekerde zelfstandig functioneren zonder hulp-(middelen)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 3.12)
3.11.2	Is verzekerde opgenomen in een instelling of afhankelijk van permanente zorg?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
<b>3.12 Ziekte van Lyme</b>		<input type="checkbox"/> nee (ga naar 3.13)	<input type="checkbox"/> ja
3.12.1	Is de ziekte van Lyme hersteld zonder restverschijnselen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 3.13)
3.12.2	Hoe lang geleden werd de diagnose gesteld?	<input type="checkbox"/> minder dan 6 maanden geleden (ga naar 3.13)	<input type="checkbox"/> 6 maanden of langer geleden
3.12.3	Worden zijn/haar klachten steeds ernstiger (progressief verloop)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 3.13)
3.12.4	Is er sprake van klachten en/of afwijkingen van het hart?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 3.13)
3.12.5	Is er sprake van klachten en/of afwijkingen van zenuwbanen of hersenen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 3.13)
3.12.6	Gebruikt verzekerde antibiotica?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
<b>3.13 Andere aandoening(en)</b>		<input type="checkbox"/> nee (ga naar 4)	<input type="checkbox"/> ja
3.13.1	Kan verzekerde zelfstandig functioneren zonder hulp-(middelen)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 3.13.3)
3.13.2	Staat er een operatie of opname gepland?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.13.3	Staat verzekerde voor deze aandoening nog onder behandeling van een huisarts of specialist?	<input type="checkbox"/> nee (ga naar 4)	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 4)

## Bijlage 4

### Suikerziekte (diabetes mellitus)

<b>4</b>	<b>Heeft de verzekerde klachten gehad door of is de verzekerde behandeld voor suikerziekte (diabetes mellitus)?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>nee</b> (ga naar 5)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>ja*</b>
<small>* Indien ja, ga voor vrouwelijke verzekerde naar vraag 4.1 en voor mannelijke verzekerde naar vraag 4.2</small>			
4.1	Is of was er bij verzekerde sprake van zwangerschapsdiabetes?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5)
4.2	Heeft verzekerde suikerziekte type 2?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
4.3	Heeft verzekerde langer dan 10 jaar suikerziekte?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
4.4	Wordt verzekerde behandeld voor een verhoogde bloeddruk of een verhoogd cholesterolgehalte?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
4.5	Is er bij verzekerde sprake van een stoornis aan ogen, nieren of zenuwbanen?	<input type="checkbox"/> nee (ga naar 5)	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5)



## Bijlage 5

### Aandoening aan inwendige organen een bloedziekte, infectieziekte of gewrichtsziekte?

**5** Heeft de verzekerde klachten gehad door of is de verzekerde behandeld voor een aandoening aan inwendige organen, een bloedziekte, infectieziekte of gewrichtsziekte?  nee (einde vragenlijst)  ja

**5.1** Alvleesklieraandoening  nee (ga naar 5.2)  ja

- 5.1.1 Heeft verzekerde een alvleesklieroperatie ondergaan?  minder dan 2 jaar geleden (ga naar 5.2)  
 2 jaar of langer geleden  
 geen operatie (ga naar 5.1.3)
- 5.1.2 Heeft verzekerde een alvleeskliertransplantatie ondergaan?  nee  ja (ga naar 5.1.6)
- 5.1.3 Is er sprake of sprake geweest van een alvleesklierontsteking?  nee (ga naar 5.1.6)  ja
- 5.1.4 Hoe lang geleden was deze alvleesklierontsteking?  meer dan 3 jaar geleden  
 3 jaar of minder geleden
- 5.1.5 Is er sprake van een chronische alvleesklierontsteking?  nee  ja
- 5.1.6 Hoeveel glazen alcohol drinkt verzekerde gemiddeld per dag? (Standaardglazen. Er is maar één keuze mogelijk)  0  
 1 tot en met 5  
 6 tot en met 9  
 10 of meer

**5.2** Longaandoening  nee (ga naar 5.3)  ja

- 5.2.1 Is verzekerde afhankelijk van extra zuurstoftoediening?  nee  ja (ga naar 5.3)
- 5.2.2 Welke vorm van longaandoening heeft verzekerde? (Er is maar één keuze mogelijk)  astma  
 copd  
 longemfyseem  
 taaislijmziekte (ga naar 5.3)
- 5.2.3 Kan verzekerde zonder belemmering twee trappen achter elkaar oplopen?  nee  ja

**5.3** Bariatrische chirurgie  nee (ga naar 5.4)  ja

- 5.3.1 Hoe lang geleden heeft verzekerde de operatie ondergaan? (Er is maar één keuze mogelijk)  minder dan een half jaar geleden  
 tussen een half jaar en 3 jaar geleden  
 3 of meer jaren geleden

**5.4** Bloedarmoede  nee (ga naar 5.5)  ja

- 5.4.1 Hoe lang geleden is de bloedarmoede ontdekt?  minder dan 3 maanden geleden (ga naar 5.4.4)  
 3 maanden of langer geleden
- 5.4.2 Is bij verzekerde de milt minder dan 1 jaar geleden operatief verwijderd?  nee  ja (ga naar 5.4.4)
- 5.4.3 Gebruikt verzekerde corticosteroïden en/of TNF-alfablokkers?  nee  ja
- 5.4.4 Zijn de bloedwaarden van verzekerde weer normaal?  nee  ja
- 5.4.5 Kan verzekerde zonder belemmering twee trappen achter elkaar oplopen?  nee  ja

5.5 Ziekte van Crohn of Colitis Ulcerosa		■ nee (ga naar 5.6)	■ ja
5.5.1	Heeft verzekerde hiervoor in de afgelopen zes maanden een operatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5.6)
5.5.2	Is er daarnaast sprake van een ontstekingsziekte van de lever/galgangen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5.6)
5.5.3	Wanneer is de diagnose gesteld?	<input type="checkbox"/> minder dan 1 jaar geleden (ga naar 5.5.5) <input type="checkbox"/> 1 jaar of meer geleden	
5.5.4	Heeft verzekerde minder dan een jaar geleden een opleving gehad ('aanval') van het ziektebeeld?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.5.5	Heeft verzekerde op dit moment nog klachten/symptomen rond deze aandoening?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.5.6	Gebruikt verzekerde corticosteroïden, methotrexaat en/of TNF-alfablokkers?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

5.6 HIV infectie		■ nee (ga naar 5.7)	■ ja
5.6.1	Is er sprake van AIDS?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5.7)
5.6.2	Werd de diagnose HIV-positief in de afgelopen 12 maanden gesteld?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5.7)
5.6.3	Wordt verzekerde langer dan 10 jaar met anti-HIV-medicijnen behandeld?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5.7)
5.6.4	Staat verzekerde onder regelmatige controle van een specialist in verband met de infectie?	<input type="checkbox"/> nee (ga naar 5.7)	<input type="checkbox"/> ja
5.6.5	Zijn er bij bloedonderzoek nog HIV-virussen in het bloed aantoonbaar?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5.7)
5.6.6	Zijn er bij het laatste bloedonderzoek meer dan 350 afweercellen (CD4-cellen) gevonden?	<input type="checkbox"/> nee (ga naar 5.7)	<input type="checkbox"/> ja
5.6.7	Hoeveel glazen alcohol drinkt verzekerde gemiddeld per dag? <i>(Standaardglazen. Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 tot en met 5 <input type="checkbox"/> 6 tot en met 9 <input type="checkbox"/> 10 of meer	

5.7 Leveraandoening		■ nee (ga naar 5.8)	■ ja
5.7.1	Welke leveraandoening heeft verzekerde? <i>(Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> levertransplantatie <input type="checkbox"/> levercirrose (ga naar 5.7.4) <input type="checkbox"/> virale leverontsteking (ga naar 5.7.3) <input type="checkbox"/> anders (ga naar 5.7.4)	
5.7.2	Hoe lang geleden heeft verzekerde de levertransplantatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> 2 jaar of minder geleden (ga naar 5.8) <input type="checkbox"/> meer dan 2 jaar geleden (ga naar 5.7.4)	
5.7.3	Gebruikt verzekerde antivirale medicijnen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.7.4	Zijn de leverwaarden in het bloed van verzekerde verhoogd?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.7.5	Hoeveel glazen alcohol drinkt verzekerde gemiddeld per dag? <i>(Standaardglazen. Er is maar één keuze mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 tot en met 5 <input type="checkbox"/> 6 tot en met 9 <input type="checkbox"/> 10 of meer	

5.8 Nieraandoening		■ nee (ga naar 5.9)	■ ja
5.8.1	Wordt verzekerde met nierdialyse behandeld?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5.9)
5.8.2	Is er sprake van familiale niercysten ziekte?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.8.3	Heeft verzekerde een nieroperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> 2 jaar of minder geleden (ga naar 5.9) <input type="checkbox"/> meer dan 2 jaar geleden <input type="checkbox"/> geen operatie (ga naar 5.8.5)	
5.8.4	Heeft verzekerde een niertransplantatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> donornier van een eenzijdige tweeling (ga naar 5.8.8) <input type="checkbox"/> levende donornier (ga naar 5.8.8) <input type="checkbox"/> overleden donornier (ga naar 5.8.8) <input type="checkbox"/> geen niertransplantatie	
5.8.5	Is er sprake van een chronische nierontsteking?	<input type="checkbox"/> nee (ga naar 5.8.7)	<input type="checkbox"/> ja
5.8.6	Hoe lang geleden is de chronische nierontsteking ontstaan?	<input type="checkbox"/> 3 jaar of korter geleden (ga naar 5.8.8) <input type="checkbox"/> meer dan 3 jaar geleden (ga naar 5.8.8)	
5.8.7	Heeft verzekerde minder dan 3 maanden geleden last gehad van nierstenen, nierbekkenontsteking of een andere nieraandoening?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.8.8	Heeft verzekerde een normale nierfunctie?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

5.9 Reumatische aandoening		■ nee (ga naar 5.10)	■ ja
5.9.1	Kan verzekerde zelfstandig functioneren zonder hulp-(middelen)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.9.2	Is de aandoening het afgelopen jaar stabiel in klachten en symptomen?	<input type="checkbox"/> stabiel	<input type="checkbox"/> niet stabiel
5.9.3	Gebruikt verzekerde corticosteroïden of TNF-alfablokkers?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.9.4	Werd de behandeling langer dan een jaar geleden beëindigd?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

5.10 Sarcoïdosis		■ nee (ga naar 5.11)	■ ja
5.10.1	Zijn alleen de ogen van verzekerde aangedaan door Sarcoïdosis?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5.11)
5.10.2	Wanneer werd de diagnose gesteld?	<input type="checkbox"/> minder dan 6 maanden geleden (ga naar 5.11) <input type="checkbox"/> 6 maanden of langer geleden	
5.10.3	Nemen de klachten bij verzekerde toe?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5.11)
5.10.4	Is er daarnaast sprake van afwijkingen aan de lever van verzekerde?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja (ga naar 5.11)
5.10.5	Zijn andere organen dan de longen aangetast door de sarcoïdosis?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.10.6	Gebruikt verzekerde corticosteroïden of TNF-alfablokkers?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.10.7	Kan verzekerde zonder belemmering twee trappen achter elkaar oplopen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

<b>5.11 Schildklieraandoening</b>		<input checked="" type="checkbox"/> nee <i>(ga naar 5.12)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> ja
5.11.1	Heeft verzekerde een operatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> minder dan 3 maanden geleden <i>(ga naar 5.12)</i>	<input type="checkbox"/> 3 maanden of langer geleden
		<input type="checkbox"/> geen operatie	
5.11.2	Is er sprake of sprake geweest van een schildklierontsteking?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <i>(ga naar 5.11.4)</i>
5.11.3	Gebruikt verzekerde medicijnen voor de schildklier?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.11.4	Is de schildklierfunctie normaal?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

  

<b>5.12 Hormonale of stofwisselingsstoornis</b>		<input checked="" type="checkbox"/> nee <i>(ga naar 5.13)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> ja
5.12.1	Is de oorzaak een kwaadaardige aandoening?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <i>(ga naar 5.13)</i>
5.12.2	Hoe lang geleden werd de aandoening ontdekt?	<input type="checkbox"/> minder dan 6 maanden geleden <i>(ga naar 5.13)</i>	<input type="checkbox"/> 6 maanden of langer geleden
5.12.3	Gebruikt verzekerde corticosteroïden of TNF-alfablokkers?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.12.4	Wordt de aandoening goed gereguleerd met medicijnen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.12.5	Werd de behandeling meer dan een jaar geleden beëindigd?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

  

<b>5.13 Stollingsstoornis (inclusief trombose en embolie)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> nee <i>(ga naar 5.14)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> ja
5.13.1	Hoe lang geleden werd de aandoening ontdekt?	<input type="checkbox"/> minder dan 3 maanden geleden <i>(ga naar 5.14)</i>	<input type="checkbox"/> 3 maanden of langer geleden
5.13.2	Heeft verzekerde vaker dan twee keer per jaar een bloeding of een stolsel (embolie/trombus)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.13.3	Gebruikt verzekerde preventief medicijnen voor de stollingsstoornis?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

  

<b>5.14 Andere aandoening(en)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> nee <i>(einde vragenlijst)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> ja
5.14.1	Kan verzekerde zelfstandig functioneren zonder hulp-(middelen)?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <i>(ga naar 5.14.3)</i>
5.14.2	Staat een operatie of opname gepland?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.14.3	Staat verzekerde voor deze aandoening nog onder behandeling van een huisarts /specialist?	<input type="checkbox"/> nee <i>(einde vragenlijst)</i>	<input type="checkbox"/> ja <i>(einde vragenlijst)</i>