

Hälsodeklaration Vuxen

Kompletterande uppgifter till fråga nr _____ i hälsodeklarationen.

Avser Gruppmedlem

Det är viktigt att alla frågor besvaras.

Medförsäkrad

Vid flera Ja-svar på hälsodeklarationen kopiera gärna denna blankett

Namn	Personnummer	Gruppavtal nr
Vilket är ditt yrke och vilka arbetsuppgifter har du?		

Vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos?
Beskriv besvären/symtomen med egna ord:
Hur ofta har du/har du haft besvär?
Orsak till besvären/symtomen (t.ex. olycksfall, sjukdom, arbetsrelaterat)?

När debuterade symtomet/sjukdomen, skadan eller handikappet? år månad:		
Har du tidigare haft liknande besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om svaret är "Ja", när hade du besvär? år: månad:		
Vilken behandling/undersökning har du genomgått?		
Ange namn och fullständig mottagningsadress, avdelning/klinik till vårdgivare som du anlitat under de senaste tre åren.	Orsak/diagnos?	När anlätade du vårdgivaren senast? år månad

Har du varit sjukskriven för ovanstående besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja" ange sjukskrivningsperiod och diagnos så noggrant som möjligt.
Fr o m t o m Diagnos:
Fr o m t o m Diagnos:
Fr o m t o m Diagnos:
Använder du eller har du använt mediciner på grund av ovanstående? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja" ange vilka? När?

Ska ytterligare kontroll eller behandling ske? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är "Ja", av vilket slag?
Är du symptomfri? <input type="checkbox"/> Ja Sedan när? år: månad:
<input type="checkbox"/> Nej Vilka kvarstående men/besvär har du?

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Folksam.

Datum	Underskrift
-------	-------------