

Hälsodeklaration Barn under 18 år

Ska fyllas i av vårdnadshavare som söker barnförsäkring om barnet är under 18 år. När hälsodeklaration ska lämnas framgår av Viktigt att veta i förköpsinformationen. Det är viktigt att alla frågor besvaras.

Gruppavtalsnummer
Personnummer
Personnummer

Medlems/anställds (gruppmedlems) namn	Personnummer
Barnets namn	Personnummer

Om svaret blir "Ja" på någon av frågorna 4-22 måste kompletterande uppgifter lämnas på bifogad blankett.

1. Födelsevikt (för barn under 6 år)	gram
2. Födelsevecka (för barn under 6 år)	Vecka:
3. Nuvarande längd och vikt	cm kg
4. Förekom några komplikationer i samband med förlossningen eller under barnets första levnadsmånad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5. Har något speciellt framkommit vid kontroller på barnavårdcentral (BVC) eller skolhälsovård?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Har barnet särskild anpassad hjälp på daghem/förskola/skola?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Har vårdbidrag sökts?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har vårdgivare anlitats (t ex fått recept, vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning, eller i övrigt kontaktat läkare eller t ex sjuksköterska, sjukgymnast med anledning av besvär/symtom/ sjukdom/handikapp i någon/några av nedanstående kroppsdelar/organ och/eller någon/några av nedanstående sjukdomar) under de senaste fem åren på grund av:	
8. allergi, astma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. eksem, hudbesvär, hudsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. ämnesomsättningsrubbing, diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. besvär/sjukdom i ögon, öron/näsa/hals?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. besvär i muskler, skelett, kroppsfel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. psykiska besvär/sjukdom beteendestörningar (t ex ADHD, ätstörning)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. besvär/sjukdom i mage, tarmar, inre organ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15. besvär/sjukdom, i urinvägar, njurar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. försenad talutveckling eller annan försenad utveckling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17. besvär/sjukdom i hjärta, kärl?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
18. propp/blödning i hjärnan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19. epilepsi eller andra neurologiska symtom/sjukdomar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20. tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
21. Har barnet använt någon medicin för andra besvär/sjukdom än som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
22. Har barnet andra besvär, symtom, sjukdom, skada eller handikapp än som angivits i frågorna 1-21?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
23. Är barnet adopterat? Om "Ja", bifoga resultatet av adoptivbarnskontrollen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange BVC samt adress:	

Intygande

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständigt 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	Telefon (även riktnr) dagtid	Datum	Telefon (även riktnr) dagtid
Underskrift av vårdnadshavare		Underskrift av vårdnadshavare	

Hälsodeklaration Barn under 18 år

Kompletterande uppgifter till fråga nr _____

i hälsodeklarationen.

Vid flera Ja-svar på hälsodeklarationen kopiera gärna denna blankett

Barnets namn	Personnummer
--------------	--------------

Vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos?

När uppstod symtomet/sjukdomen, skadan eller handikappet första gången? år: månad:

Vilken behandling/undersökning har barnet genomgått:

Ange vilken/vilka mediciner barnet använder:

Ska ytterligare kontroll eller behandling ske? Ja Nej

Om svaret är "Ja", av vilket slag?

Är barnet symtomfri? Ja Om svaret är "Ja", när blev barnet symtomfri? år: månad:
 Nej Om barnet inte är symtomfri, vilka kvarstående men/besvär/symtom kvarstår?

Ange namn och fullständig mottagningsadress,avdelning/klinik till vårdgivare som anlåtats under de senaste 5 åren	Orsak/diagnos?	När anlätades vårdgivaren senast? år månad

Ange namn och fullständig mottagningsadress till den barnavårdcentral (BVC) som barnet tillhör (besvaras för barn under 6 år).	
Ange namn och fullständig mottagningsadress till den skolhälsovård som barnet tillhör (besvaras för barn över 6 år).	

Intygande
Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständigt 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	Telefon (även riktnr) dagtid	Datum	Telefon (även riktnr) dagtid
Underskrift av vårdnadshavare		Underskrift av vårdnadshavare	