

# UDSTATIONERINGSFORSIKRING HELBREDSERKLÆRING

Udfyldes af ansøgeren

Virksomhedens navn		Policenr.	
Fornavn og efternavn			Fødselsdato <small>(dato, måned, år)</small>
Privat bopæl i udlandet			Postnr.
Land	By	E-mail	

## INFORMATION OM DIT GENERELLE HELBRED

1. Lider du af en eller flere af følgende sygdomme/tilstande ?	Sygdommens navn	Dato for sygdoms begyndelse	Sygdommens varighed	Eventuelle følger/virkninger af sygdommen
<b>a. Tilstand/e i øvre luftveje</b> Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand med hyppige forkølelser, bihuletændelser, halsbetændelser, strube- og/eller strubelågsbetændelse eller allergier?				
<b>b. Tilstand/e i nedre luftveje</b> Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand med blodpropper i lungerne, KOL/kronisk obstruktiv lungesygdom, medfødt lungesygdom, brystsmerte, åndenød, astma, bronchitis, lungebetændelse?				
<b>c. Øjne</b> Ja Nej Bruger du briller/kontaktlinser - angiv da din aktuelle styrke Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere tilstand med øjensygdomme?				
<b>d. Ører:</b> Ja Nej Lider du af hørenedsættelse? Har du nogen eksisterende, kronisk eller tidligere tilstand med øresygdomme?				
<b>e. Tilstand/e i hjerte og kredsløb</b> Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i hjerte og/eller kredsløb? F.eks. forhøjet blodtryk, brystsmerte/Angina Pectoris, blodpropper, hjertesvigt, hjerterytmeforstyrrelse, blodsygdomme, medfødt hjertesygdom, hjertetransplanteret, hævede ben og ankler eller åreknuder?				
<b>f. Tilstand/e i mave og tarm</b> Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i din mave og/eller tarm? F.eks. mave-/tarmsår, colitis ulcerosa, Mb. Crohn, divertikler/udposninger på tarmen/e, varicer, medfødt sygdom i mave og/eller tarm, tarmbræk eller andre sygdomme i mave-/tarmsystemet?				
<b>g. Tilstand/e i lever, milt og galdeveje</b> Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i din lever, milt og/eller galdeveje. F.eks. kronisk leverbetændelse, bugspytkirtelbetændelse, galdesten, splenektomeret/fået fjernet milten eller levertransplanteret?				
<b>h. Tilstand/e i hjerne og/eller nervesystem</b> Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i hjerne og/eller nervesystem? F.eks. hovedpine, hyppige anfald af svimmelhed, besvimelse, krampeanfald, nedsat følesans, lammelse, syndrom i hjerne og/eller nervesystem, nervesmerter?				
<b>i. Psykisk lidelse og tilstand/e</b> Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere psykisk sygdom/tilstand? F.eks. personlighedsforstyrrelse, angst, klaustrofobi, depression, bipolar lidelse, spiseforstyrrelser, ADHD eller Tourette syndrom?				
<b>j. Tilstand/e i nyre - urinveje og kønsorganer</b> Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i dine nyrer, urinveje eller kønsorganer? F.eks. prostata lidelse, hyppige urinvejs- eller blærebetændelser, nyrebækkenbetændelse, nyresten, medfødt sygdom eller andre tilstande relateret til nyre, urinveje og/eller kønsorganer?				
<b>k. Tilstand/e i knogler, led eller muskler</b> Ja Nej Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i knogler, led eller muskler? F.eks. gigt, rygglidelse herunder ischias, lumbago, diskusprolaps, autoimmun sygdom, frakturer < 10 år, tilstand i leddene i: hofte, skulder, albue, hånd, knæ og/eller ankel?				

<b>I. Tilstand med kræft</b> Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand med f.eks. tumorer, svulster, blodsygdomme eller celleforandringer?	Ja	Nej				
<b>m. Tilstand/e i huden</b> Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i huden? F.eks. udslæt, sår, allergi, psoriasis, modermærker af tyden melanom eller sarkom?	Ja	Nej				
<b>n. Endokrinologisk tilstand/e</b> Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere sygdom/tilstand i kroppens kirtler eller i din hormonbalance? F.eks. sukkersyge, struma, urinsyreigt, sygdomme i hypofysen, hormonel ubalance, vækstforstyrrelse?	Ja	Nej				
<b>o. Har du andre eksisterende, kroniske eller tidligere sygdomme/tilstande bortset fra almindelige børnesygdomme?</b>	Ja	Nej				

## ØVRIGE HELBREDSMÆSSIGE OPLYSNINGER

2. Har du været udsat for alvorlige ulykker (skader, brud)? Ja  Nej

3.a. Bruger du lægemiddel ordineret af læge eller anden behandler? Ja  Nej

Hvis ja, hvilke? \_\_\_\_\_ For hvad? \_\_\_\_\_

3.b. Har du tidligere brugt lægemiddel gennem længere tid (mere end en måned)? Ja  Nej

Hvis ja, hvilke? \_\_\_\_\_ For hvad? \_\_\_\_\_

4.a. Har du været indlagt på hospital, klinik eller anden institution, hvor formålet har været observation eller behandling, for en tilstand? Ja  Nej

Hvor? \_\_\_\_\_ For hvad? \_\_\_\_\_ Dato og varighed \_\_\_\_\_

4.b. Har du gennemgået en operation? Ja  Nej

Hvor? \_\_\_\_\_ For hvad? \_\_\_\_\_ Dato og varighed \_\_\_\_\_

4.c. Er du blevet undersøgt eller behandlet hos en speciallæge? Ja  Nej

Hvor? \_\_\_\_\_ For hvad? \_\_\_\_\_ Dato og varighed \_\_\_\_\_

5. Er du for tiden fuldstændig rask? Ja  Nej

6.a. Højde? \_\_\_\_\_ cm 6.b. Vægt? \_\_\_\_\_ kg

7. Navn og adresse på din nuværende læge, og hvis muligt din tidligere læge

Din nuværende læges navn og adresse: \_\_\_\_\_

Din tidligere læges navn og adresse: \_\_\_\_\_

## 8. KUN TIL KVINDER

Har du en eksisterende, kronisk eller tidligere gynækologisk sygdom/tilstand? Ja  Nej   
Bruger du eller har du brugt hormoner? Ja  Nej

Hvis du har svaret ja til et af ovenstående spørgsmål - uddyb venligst, for hvilken tilstand? \_\_\_\_\_

## SAMTYKKE OG UNDERSKRIFT

Jeg erklærer hermed, at de afgivne oplysninger er korrekte. Jeg er bevidst om, at Europæiske ERV's erstatningspligt kan blive reduceret eller falde helt bort i henhold til dansk ret, hvis jeg afgiver forkerte oplysninger. Jeg giver samtykke til, at Europæiske ERV må indhente mine helbredsoplysninger og videregive disse til samarbejdspartnere og behandlingssteder som led i behandlingen af min sag. Endeligt giver jeg med min underskrift samtykke til, at Europæiske ERV må opbevare mine helbredsoplysninger, så længe det varetager saglige formål.

Ved at skrive under på anmeldelsen godkender du, at Europæiske ERV må indhente og behandle personfølsomme oplysninger om dit helbred.

Sikredes underskrift \_\_\_\_\_ CPR nummer \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_