



SOCIAAL FONDS VOOR DE MAATSCHAPSVISSERIJ
STRIKT VERTROUWELIJK

IN TE VULLEN EN TE ONDERTEKENEN DOOR KANDIDAAT-VERZEKERDE

Persoonsgegevens

Naam en voorletters _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

BurgerServicenummer (BSN) _____

Telefoonnummer _____

Emailadres _____

Scheepsnummer _____ Functie aan boord _____

Datum laatste keuring _____

Naam en adres huisarts _____

Algemeen

ja

nee

(aankruisen hetgeen van toepassing is)

Ontvangt u (of heeft u ontvangen) een uitkering i.v.m. arbeidsongeschiktheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zo ja, van wie _____		
Bent u ooit door een specialist behandeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo ja, waarvoor _____		
Gebruikt u medicijnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo ja, welke _____		
Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo ja, welke _____		
Heeft u last van nachtblindheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Draagt u een bril of contactlenzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Draagt u een gehoorapparaat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUB ACHTERZIJDE INVULLEN

Heeft u klachten (of klachten gehad) of bent u behandeld of nog in behandeling vanwege

(aankruisen hetgeen van toepassing is)

	ja	nee		ja	nee
Suikerziekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hoofdpijn, duizeligheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verminderd zien/wazig zien/kleurenblindheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verminderd gehoor of oorsuizen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hartaandoening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schildklierandoening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pijn op de borst, hartkloppingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trombose of embolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beroerte/CVA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hoge bloeddruk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie, toevallen of stuipen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychische klachten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoesten, kortademigheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pijn in armen, benen of gewrichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huidziekten/ eczeem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Slapeloosheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drugs of alcoholproblematiek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zeeziekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rugpijn en/of klachten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Opmerkingen:

Slotverklaring

Ondergetekende is bekend met het feit dat onjuiste of onvolledig invulling van de anamneselijst tot gevolg kan hebben dat het geneeskundig onderzoek ongeldig wordt verklaard waardoor rechten op uitkering van of via het SFM kunnen komen te vervallen

Ondergetekende is bekend met het feit dat indien er sprake is van uitsluitingen in relatie tot de verzekering van het SFM, deze uitsluitingen van toepassing zijn tot het moment waarop de medisch adviseur van het SFM anders beslist.

Aldus naar waarheid ingevuld en ondertekend:

Plaats

Datum

Handtekening

DEZE ANAMNESELIJST HEEFT EEN GELDIGHEIDSDUUR VAN 3 MAANDEN EN IS UITSLUITEND BESTEMD VOOR DE MEDISCH ADVISEUR SFM.

NIET INVULLEN

Datum verzending:

Datum retour ontvangen: