

Déclaration de Santé

Ce formulaire doit être rempli par la personne à assurer.

Nom/Prénom Date de naissance

Employeur Lieu/Canton

N° d'entreprise Plan

Nom et adresse du médecin que vous consultez habituellement : Nom

Rue/N° NPA/Lieu

Quand un traitement, ou un examen, a-t-il eu lieu pour la dernière fois ?

Date Raison

Votre taille (cm) Votre poids (kg) Votre tension

N°	Veillez marquer d'une croix ce qui convient	Oui	Non
1	Etes-vous actuellement malade ou avez-vous des problèmes de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Etes-vous actuellement en traitement chez un médecin, chiropraticien, thérapeute ou chez une autre personne médicale qualifiée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Votre capacité de travail actuelle est-elle en ce moment réduite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Avez-vous subi une incapacité de travail de plus de 4 semaines au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Existe-t-il des suites d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Existe-t-il des suites de malformations ou d'infirmités congénitales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Avez-vous actuellement régulièrement besoin de médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Avez-vous souffert de l'un des troubles, de l'une des maladies ou de l'une des affections suivantes au cours des 5 dernières années :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.a	– de l'appareil respiratoire (asthme, bronchite à répétition ou chronique, pneumonie, tuberculose ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.b	– du cœur ou des vaisseaux sanguins (hypertension artérielle, infarctus du myocarde, vice ou insuffisance cardiaque, palpitations, attaque cérébrale, phlébite, troubles circulatoires, varices, affection des vaisseaux, problème de coagulation, leucémie ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.c	– du métabolisme ou maladies des glandes (diabète, excès de cholestérol, goutte, maladies de la thyroïde, troubles hormonaux, anémie, troubles de la coagulation ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.d	– de troubles psychiatriques ou neurologiques (psychose, burn-out, syncopes ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.e	– du système nerveux ou du psychisme (épilepsie, vertiges, paralysies, névrites, dépressions ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.f	– de l'appareil digestif (hernie hiatale, ulcère de l'estomac ou des intestins, inflammations, hémorragies, hémorroïdes, jaunisse, maladies du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.g	– de l'appareil urinaire ou génital (maladie des reins, des uretères, de la vessie, de la prostate, calculs, présence de sang ou d'albumine dans les urines, maladie vénérienne ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.h	– du système immunitaire ou de maladie infectieuse (tels que sida, infection VIH, maladies sexuellement transmissibles, hépatite, maladies tropicales ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.i	– de la peau (eczéma, allergies, psoriasis, mycoses, cancer cutané ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.j	– de l'appareil locomoteur os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons (douleurs dorsales, cervicales, des épaules, arthrose, rhumatisme, hernie discale, maladies rhumatismales, articulations douloureuses, maladie inflammatoire et dégénérative de l'appareil locomoteur ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.k	– des yeux (acuité visuelle diminuée, troubles oculaires, affection rétinienne ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.l	– des oreilles (surdité, inflammations ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.m	– maladies cancéreuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.n	– maladies au niveau du nez, du cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.o	– troubles neurovégétatifs, allergies (excepté rhinite allergique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.p	– autres problèmes physiques (au niveau de genoux, coudes, chevilles ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Êtes-vous, ou avez-vous été, en traitement psychiatrique ou psychologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Consommez-vous des drogues ou en avez-vous consommé régulièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Fumez-vous et si oui, combien de cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Consommez-vous plus que 3 boissons* standards par jour ? (* 1 dl de vin, 3 dl de bière, 2 cl de schnaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Confidentiel
Medpension vsao asmac
Médecin de conseil
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14

Confidentiel
Medpension vsao asmac
Médecin de conseil
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14