

**QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL :
MALADIES PULMONAIRES ET BRONCHIQUES**

Prénom et nom	Date de naissance			Numéro de référence : N° de demande, de police, de contrat ou d'adhésion
	A	M	J	

MALADIES PULMONAIRES ET BRONCHIQUES

1. De quelle(s) maladie(s) pulmonaire(s) ou bronchique(s) souffrez-vous?

 Asthme Bronchite chronique Emphysème Fibrose Maladie pulmonaire professionnelle Autres

Détails : _____

Date des premières manifestations : _____ (mois/année) Date du diagnostic : _____ (mois/année)

Fréquence des crises : _____ (fois/année) Date de la dernière crise : _____

2. Avez-vous déjà :

été hospitalisé pour ce problème?

 Oui Non

consulté à l'urgence?

 Oui NonSi **Oui**, date(s) : _____ Hôpital : _____ Durée : _____3. Avez-vous déjà consulté un spécialiste des maladies respiratoires? Oui NonSi **Oui**, nom : _____ Adresse : _____

Date : _____ Tests subis : _____

4. Avez-vous déjà subi des tests de la fonction respiratoires? Oui NonSi **Oui**, nom du ou des test(s), date, résultat, nom du médecin et/ou de l'hôpital :_____

_____5. Vous êtes-vous absenté de votre travail ou de votre école pour cette raison? Oui Non Si **Oui**, date : _____ Durée : _____6. Prenez-vous des médicaments? Oui NonSi **Oui** : tous les jours au besoin Nom(s) : _____7. Avez-vous déjà pris de la cortisone en comprimés? Oui Non Si **Oui**, date : _____8. Fumez-vous? Oui Non Si **Oui**, nombre/jour : _____

Je déclare que les réponses contenues dans ce document sont exactes et complètes et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance.

Date_____
Signature de la personne à assurer
(père, mère ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)_____
Signature du témoin