

# 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. Hälsodeklaration för barn som fyllt 18 år finns att hämta på forenadeliv.se. Det är viktigt att alla frågor besvaras.

Gruppvavtalsnummer
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
<b>Har vårdgivare anlitats</b> (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) <b>under de senaste fem åren på grund av:</b>	
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:	

<b>Intygande</b>			
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 Förenade Liv.			
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 Förenade Liv.

Datum	Telefon (även riktnr) dagtid	Datum	Telefon (även riktnr) dagtid
Underskrift av vårdnadshavare		Underskrift av vårdnadshavare	