



PANNÓNIA
ÉLETBIZTOSÍTÓ

Közvetítői kód:

Egészségi nyilatkozat

Ajánlatszám:

Név: _____
 Születési idő: _____ Családi állapot: _____

Háziorvosa adatai:

Név: _____
 Rendelő címe: _____
 Telefonszám: _____
 E-mail cím: _____

1) Családi anamnézis: Szülő, vagy testvér 65 éves kora előtt diagnosztizáltak-e bármelyiket a következő betegségek közül, IGEN: NEM:
 vagy elhunyt-e szülő, testvér 65 éves kora előtt a következő betegségek bármelyikben: rosszindulatú daganatos betegség, szív- és érrendszeri betegség (szívinfarktus, stroke), magas vérnyomás, cukorbetegség, vesebetegség vagy bármely örökklődő betegség, illetve történt-e öngyilkosság?

Kérjük, adja meg a betegséget: _____ Az érintett személy(ek) kora (a diagnózis megállapításakor) _____ év
 Kérjük, adja meg a betegséget: _____ Az érintett személy(ek) kora (a diagnózis megállapításakor) _____ év

2) Dohányzik?

Milyen fajta dohányárut (cigaretta/szivar/pipa) és naponta mennyit? Húzza alá a megfelelőt! _____ db Hány éve? _____ éve
 Ha abbahagyta, hány éve tette? _____ éve Előtte hány évig dohányzott? _____ év

3) Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt?

Mit? sör, bor, égetett szesz, pezsgő, koktél – Húzza alá a megfelelőt!
 Naponta mennyit fogyaszt? _____ üveg vagy pohár Húzza alá a megfelelőt! Vett-e részt alkohol-elvonókúrán? IGEN: NEM:

4) Használ vagy használt-e tudatmódosító szert? (hallucinogén, disco-drog, designer drog)

Mit használ? _____ Mióta? _____ éve
 Mennyit? _____ gram vagy adag _____ nap vagy hét Húzza alá a megfelelőt! Vett-e részt kábítószer-elvonókúrán? IGEN: NEM:

5) Jelenlegi testsúly: _____ kg Testmagasság: _____ cm Változott-e az Ön testsúlya az elmúlt 5 évben?

Hány kg-ot fogyott? _____ kg Hány kg-ot hízott? _____ kg Mennyi idő alatt, milyen okból? _____

6) Az aktuális (jelenleg mért) vérnyomása: _____ / _____ Hgmm Pulzusszáma: _____ /perc

7) Rendszeresen szed gyógyszert, illetve 1 éven belül rendeltek Önnek rendszeres szedésre gyógyszert?

Mit? (gyógyszer(ek) neve) _____
 Milyen okból? (diagnózis) _____
 Milyen tünet/panasz miatt? _____ Mióta szedi, milyen rendszerességgel? _____
 Milyen adagban _____ (mg, g, µg) _____ nap, hét Jelenleg szedi-e gyógyszerét? IGEN: NEM:

8) Az elmúlt 2 évben részt vett szakorvosi vizsgálaton, ill. jelenleg rendszeres orvosi kezelésben gondozásban részesül-e?

Milyen okból? _____ IGEN: NEM:

9) Volt-e műtétje? – Kérjük, csatolja a zárójelentést, amennyiben történt szövettani vizsgálat, úgy annak eredményét!

Mi okból? _____ Mikor? _____ Milyen műtét? _____ IGEN: NEM:

Terveznek Önnél a közeljövőben műtétet?

Milyen műtétet, mi okból, mikorra van előjegyezve? _____ IGEN: NEM:

10) Feküdt valaha kórházban/szanatóriumban? Kérjük, csatolja a zárójelentést!

Mi okból? _____ Mikor? _____ Mennyi ideig? _____ IGEN: NEM:

11) Részesült valaha rehabilitációs kezelésben, sugárkezelésben, kemoterápiában, érfestésben, vesekő- vagy epekőtöréses kezelésben? Kérjük, aláhúzással jelölje a megfelelőt és csatolja a zárójelentést, ambuláns lapot!

Mikor? _____ Mi okból? _____ Volt-e komplikáció? _____ IGEN: NEM:

12) Volt betegállományban 2 hétnél hosszabb ideig az elmúlt 5 évben?

Mi okból? _____ Mennyi ideig? _____ IGEN: NEM:

Jelenleg betegállományban van? Kérjük, csatolja az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumokat!

Mióta és miért? _____ IGEN: NEM:

13) Volt valaha munkaképesség-csökkenés, egészségkárosodás és/vagy igazságügyi orvos szakértői vizsgálata?

Kérjük, csatolja az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumokat, melyben az Ön egészségi állapotát írják le! IGEN: NEM:

Mikor? _____ Milyen alapbetegséggel? _____ Eredménye (mértéke) _____ %

14) Végeztek Önnek az elmúlt 5 évben terheléses EKG, szívultrahang, CT, MRI, PET, endoszkópos, scintigraphias, ultrahang vagy genetikai vizsgálatot? Kérjük, húzza alá a megfelelőt és csatolja az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumokat!

Mikor? _____ IGEN: NEM:

Kérem, fordítson!

15) Részt vesz az alábbi rendszeres szűrővizsgálatokon?		IGEN:	NEM:
Kérjük, a megfelelő(ke)t aláhúzni és csatolja a megfelelő orvosi dokumentumokat (kivéve tüdőszűrés esetén)!			
tüdőszűrés, nőgyógyászati/emlőszűrés, urológiai szűrés, munkaalkalmassági			
Előfordult, hogy további vizsgálatra irányították váratlan eredmény miatt?		IGEN:	NEM:
Kérjük, csatolja az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumokat!			
Milyen további vizsgálatot kellett végeztetnie?			
16) Volt valaha sérülése, balesete, mérgezése, öngyilkossági kísérlete? Kérjük, húzza alá a megfelelőt!		IGEN:	NEM:
Kérjük, csatolja a zárójelentést, ambuláns lapot! Mikor? _____		Kezelés vagy műtét történt? Kérjük, húzza alá!	
17) Jelenleg várandós?	Hányadik terhességi hetet töltötte be? _____	Kérjük, a gondozási kiskönyv teljes másolatát küldje be!	
Szed fogamzásgátló tablettát?	Mióta? _____	IGEN:	NEM:
18) Megállapítottak-e Önnek valaha, vagy jelenleg van bármilyen betegsége a lent felsoroltak közül?			
Kérjük, aláhúzással jelölje a kórismét, valamint csatolja a leleteit!			
A. Szív- és érrendszeri betegség pl. szívbillentyű-betegség, szívritmus zavar, aritmia, mellkasi szorítás (angina), szívinfarktus, stroke, embólia, agyvérzés, érszűkület, szívkoszorúér betegség, trombózis, egyéb		IGEN:	NEM:
Magasvérnyomás-betegség esetében az aktuális (jelenleg mért) vérnyomása: _____ / _____ Hgmm Pulzusszáma: _____ /perc			
Diagnózis időpontja? _____		Diagnózis: _____	
B. Légzőszervi betegség pl. asztma, COPD, tüdőtágulás, krónikus hörghurut, ismétlődő tüdőgyulladás, tuberkulózis, egyéb		IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____		Diagnózis: _____	
C. Anyagcsere betegség pl. cukorbetegség, magas koleszterin, triglicerid, húgysav szint, köszvény, csontritkulás, egyéb		IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____		Diagnózis: _____	
D. Emésztőrendszeri betegség pl. gyomor- és/vagy nyelőcsőfekély, máj, epehólyag, hasnyálmirigy, vékonybél, vastagbél, egyéb		IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____		Diagnózis: _____	
E. Vizeletkiválasztó rendszer és ivarszervek betegsége pl. vesegyulladás, veseciszta, vesemedence- vagy húgyhólyaggyulladás, kóros vizelet, prosztatagyulladás, heregyulladás, méh-elváltozás, petefészek-elváltozás, mellelváltozás, egyéb		IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____		Diagnózis: _____	
F. Hormonális betegség pl. pajzsmirigybetegség, mellékpajzsmirigy-betegség, mellékvese, agyalapi mirigy, egyéb		IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____		Diagnózis: _____	
G. Vérképzőrendszeri betegség, immunrendszeri betegség, egyéb		IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____		Diagnózis: _____	
H. Neurológiai/Pszichiátriai betegség pl. depresszió, bénulás, epilepszia, agyi- és gerincvelő-betegségek, multiplex szklerózis, egyéb		IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____		Diagnózis: _____	
I. Daganatos betegség pl. rosszindulatú daganat, jóindulatú daganat, egyéb		IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____		Diagnózis: _____	
J. Mozgásszervi betegség pl. gerinc, csípő, térd, egyéb ízület		IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____		Diagnózis: _____	
Használ segédeszközt a közlekedéshez? Mit, miért? _____		IGEN:	NEM:
K. Visel szemüveget/kontaktlencsét? Kérjük, a megfelelőt aláhúzással jelölje!		Jobb szem -/+ _____ D	Bal szem -/+ _____ D
Látáskárosodást diagnosztizáltak-e Önnél? Jobb szem -/+ _____ D		Bal szem -/+ _____ D	Egyéb: _____
L. Halláskárosodást diagnosztizáltak-e Önnél?		IGEN:	NEM:
Jobb oldal _____ %	Bal oldal _____ %	Kétoldali _____ %	Visel hallókészüléket? _____
19) Tud saját egészségi állapotával kapcsolatban bármely olyan elváltozásról, betegségről, tartósan fennálló laboreltérésről, folyamatban lévő kivizsgálásról, amire a fentiekben konkrétan nem kérdeztünk rá?		IGEN:	NEM:
Kérjük, részletezze! _____			
20) Van érvényes életbiztosítása?	IGEN:	NEM:	Volt már egészségi okból elutasított életbiztosítása?
IGEN:	NEM:	IGEN:	NEM:
21) Végez-e sporttevékenységet?			
IGEN:	NEM:	IGEN:	NEM:
Mit? _____	Milyen rendszerességgel? napi / heti / alkalmoszerűen	Versenyző?	IGEN:
			NEM:

Jelen egészségi nyilatkozattal egyidejűleg leadott orvosi dokumentumok száma: _____ db

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ 20 _____ év _____ hó _____ nap

Biztosított/Törvényes képviselő
saját kezű aláírása