

Baleseti szakorvosi vizsgálati jelentés

baleseti kockázat felméréséhez



GENERALI

Biztosító

GENERALI-PROVIDENCIA Zrt. 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. Generali TeleCenter: (06-40) 200-250

A vizsgált személy neve: _____	Születési ideje: _____
Leánykori név: _____	Születési hely: _____
Lakcím: _____	Szem. ig. száma: _____
Pontos munkatevékenység: _____	

1. A biztosított személy orvos előtt tett nyilatkozata

1.1. A biztosított ismert krónikus betegségei:
1.2. Jelenlegi és/vagy korábbi rendszeres gyógyszereszedése:
1.3. Kezelték-e már kórházban? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Kérjük az időpont és a diagnózis ismertetését!
1.4. Volt-e valaha mozgásszervi panasza, betegsége? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Kérjük az időpont, kezelés, kimenetel, jelen állapot ismertetését!
1.5. Volt-e korábban műtété? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Kérjük az időpont és a műtét ismertetését!
1.6. Van-e érzékszervi (látás, hallás, ízlelés, szaglás, egyensúly) zavar? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Kérjük ismertesse!
1.7. Korábbi jelentősebb balesetei:
1.8. A balesetek következtében szükséges vizsgálatok, kezelések helye, időpontja, megnevezése:
1.9. Fenti balesetei okoztak-e maradandó mozgáskészség-csökkenést? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Kérjük a maradandó károsodás megnevezését!
1.10. Állapítottak-e meg egészségkárosodást vagy munkaképesség-csökkenést? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Mikor, milyen fokú?

1.11. Volt-e baleseti rokkantsági szolgáltatási igénye a fentiek miatt? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Melyik biztosítóval szemben? Kapott-e szolgáltatást? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Milyen mértékű?
1.12. Van-e nem baleseti eredetű testi fogyatékosága, rokkantsága? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Kérjük ismertesse!
1.13. Kezelőorvosának neve, címe: _____
1.14. Veszélyes munkahelyen dolgozik-e? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
1.15. Jelenleg sportol-e? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen Sportág: _____ Mióta? _____ Milyen szinten? (Kérjük húzza alá a megfelelőt!) Kiemelt sportoló, élvonalbeli versenyző, regionális versenyző, területi versenyző, hobbi sportoló.
1.16. Sportolt-e az elmúlt 5 évben? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen Sportág: _____ Mikor hagyta abba? _____ Hány évig sportolt? _____ Milyen szinten? (Kérjük húzza alá a megfelelőt!) Kiemelt sportoló, élvonalbeli versenyző, regionális versenyző, területi versenyző, hobbi sportoló.
1.17. Fogyaszt-e napi rendszerességgel szeszes italt? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Mit és mennyit?
1.18. Fogyaszt-e kábítószer? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Mit és mennyit?
1.19. Állapítottak-e meg önnél szenvedélybetegséget (alkoholizmus, narkómánia)? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Mit és mikor?
1.20. Ált-e valamikor alkohol-, kábítószer-elvonó kezelés/gondozás alatt? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen: Melyik kezelés alatt állt, mikor, milyen eredménnyel?

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése, vagy a valós tények elhallgatása a biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után.
A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelyek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelyek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelyek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

Kelt: _____

Biztosított aláírása
Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok) _____

Módosítás időpontja: 2009. január

Nysz.: 10621

Megrendelés (A biztosítási tanácsadó tölti ki!)

Biztosítási tanácsadó neve: _____ Kódja: _____

Biztosított (vizsgált személy) neve: _____

Biztosított (vizsgált személy) születési időpontja: _____

Biztosítási tanácsadó aláírása: _____

Megrendelés dátuma: _____

Az Orvosi vizsgálati jelentést a következő címre kérjük továbbítani (SZKK):

2. Orvosi vizsgálat**Jelen állapot**

2.1. Testsúly: _____ kg Testmagasság: _____ cm

2.2. Jelen panaszai: _____

2.3. A bőr eltérései: _____

2.4. A vázrendszer deformitása: _____

2.5. Az aktív mozgás eltérései: _____

2.6. Passzív mozgáskorlátozottság: _____

2.7. Organikus neurológiai status eltérései: _____

2.8. Egyéb fizikális eltérések: _____

2.9. Kiegészítő szakkonzíliumok lényeges adatai: _____

2.10. A vizsgáló orvos a vizsgált személy megbetegedési kockázatával kapcsolatos egyéb megjegyzései:

Kelt: _____

vizsgáló orvos (aláírás, pecsét)