

**Személyi adatok**

A vizsgált személy neve: \_\_\_\_\_ Születési idő: \_\_\_\_\_  
Lakcím: \_\_\_\_\_ Születési hely: \_\_\_\_\_

Kérjük, hogy a vizsgáló orvos az „igen/nem” megválaszolt kérdéseket a túloldalon, a kérdéssor után részletezze (kóris-mék, időpontok, kezelések, kimenetel, jelen állapot stb.).

**1. A szülő / törvényes képviselő az orvos előtt, a gyermek egészségi állapotára vonatkozóan tett nyilatkozata**

**1.1. Családi kórtörténet**

Előfordult-e a gyermek szüleinél, testvéreinél tbc, rosszindulatú daganat, szívbetegség, érrendszeri megbetegedés, AIDS, cukorbetegség, epilepszia, öngyilkosság vagy veleszületett fejlődési rendellenesség? \_\_\_\_\_  igen  nem

**1.2. Intrauterin és egyéb kórtörténet**

1.2.1. Előfordult-e az anya terhességének ideje alatt RH inkompatibilitás, toxémia, cukorbetegség, rubeola, AIDS, herpesz genitális, toxoplazmózis vagy egyéb jelentősebb betegség? \_\_\_\_\_  igen  nem

1.2.2. Előfordult-e szüléssel kapcsolatos komplikáció? (koraszülés, túlhordás, téránytalanság, fogós és/vagy vákuumos szülés v. egyéb rendellenesség?) \_\_\_\_\_  igen  nem

**1.3. A gyermek kórtörténete**

Volt-e, vagy van-e a gyermeknek valamilyen panasza, betegsége az alábbi szervrendszerek területén?

1.3.1. **Szív és/vagy keringési rendszer.** Előfordult-e nehézlégzés, szapora szívverés, cianózis? Van-e adat veleszületett szívrendellenességre, veleszületett érrendellenességre, magasvérnyomás-betegségre? \_\_\_\_\_  igen  nem

1.3.2. **Légzőszervek.** Jelentkezett-e valaha tartós köhögés, véres köpet, rekedtség, nehézlégzés? Van-e adat tbc. szarkoidózis, tüdő asztma, krónikus hörghurut, cisztikus fibrózis, krónikus felsőlégúti hurut, egyéb előfordulására? \_\_\_\_\_  igen  nem

1.3.3. **Fül, orr és melléküreg.** Előfordult-e nagyothallás, fülfolyás, középfülgyulladás, recidiváló melléküreg-gyulladások, csecssnyúlánygyulladás, orrsövényferdülés, recidiváló mandulagyulladások? \_\_\_\_\_  igen  nem

1.3.4. **Érzékszervek.** Van-e szükség látáskorrekcióra (mértéke: jo.: \_\_\_\_\_ bo.: \_\_\_\_\_ D)? Van-e adat kancsalság, egyéb érzékszervi rendellenesség előfordulására? \_\_\_\_\_  igen  nem

1.3.5. **Központi idegrendszer.** Van-e adat a mentális funkciók fejlődésének elmaradására, viselkedési zavarok, idegrendszeri eredetű mozgászavarok, epilepszia jelenlétére? \_\_\_\_\_  igen  nem

1.3.6. **Emésztőszervek.** Jelentkezett-e sárgaság, tartós hasmenés, szuokszéklet, puffadás, elégtelen súlygyarapodás, gyakori hányás? Van-e adat nyelőcsőrendellenesség, gyomorszájszűkület, rekeszsér, hasnyálmirigy cisztás fibrózisa, mekónium bélelzáródás, Hirschprung betegség, egyéb előfordulására? \_\_\_\_\_  igen  nem

1.3.7. **Mozgásszervek.** Előfordult-e aktív- vagy passzív mozgáskorlátozottság, mozgásszervi deformitás? Van-e adat ajak vagy szápadlásadé, tortikollisz, szkoliózis, veleszületett csípőrendellenesség, dongaláb, reumás láz, oszteokondrózis, egyéb mozgásszervi rendellenesség előfordulására? \_\_\_\_\_  igen  nem

1.3.8. **Húgyutak és nemi szervek.** Jelentkezett-e vesegörcs, véres vizelet, gyakori-, fájdalmas vizelés? Van-e adat veleszületett- vagy szerzett urogenitális betegségre? \_\_\_\_\_  igen  nem

1.3.9. **Egyéb szervek,** szervrendszerek kóros állapotai.  
Van-e kórtörténeti adat bőrbetegség, \_\_\_\_\_  igen  nem  
pszichiátriai betegség, \_\_\_\_\_  igen  nem  
hormon- vagy más anyagcsere-betegség, \_\_\_\_\_  igen  nem  
vérképzőrendszeri betegség, \_\_\_\_\_  igen  nem  
daganatos betegség, \_\_\_\_\_  igen  nem  
AIDS-betegség vagy pozitív HIV teszt, egyéb betegség vagy egyéb, a fentiekbe nem sorolható panasz előfordulására? \_\_\_\_\_  igen  nem

# Orvosi vizsgálati jelentés

## gyermek biztosítási kockázatának felméréséhez



**GENERALI**  
Biztosító

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

### 1.4. Balesetek

- 1.4.1. Előfordult-e baleset sérüléssel? \_\_\_\_\_  igen  nem
- 1.4.2. Előfordult-e mérgezés? \_\_\_\_\_  igen  nem
- 1.4.3. Előfordult-e öngyilkossági kísérlet? \_\_\_\_\_  igen  nem

### 1.5. Vizsgáló és gyógyító beavatkozások

- 1.5.1. Volt-e műtete? \_\_\_\_\_  igen  nem
- 1.5.2. Van-e kilátásban műtét? \_\_\_\_\_  igen  nem
- 1.5.3. Korábban fogyasztott-e tartósan gyógyszert? \_\_\_\_\_  igen  nem
- 1.5.4. Jelenleg fogyaszt-e gyógyszert? \_\_\_\_\_  igen  nem
- 1.5.5. Állt-e kórházi- vagy más fekvőbeteg gyógyintézeti kezelés, kivizsgálás alatt?

### 1.6. Egyéb információk

- 1.6.1. Űz-e a gyermek veszélyes sportot? \_\_\_\_\_  igen  nem
- 1.6.2. Volt-e elutasított életbiztosítási ajánlata? \_\_\_\_\_  igen  nem
- 1.6.3. Jelenleg van-e más élet-, egészség- vagy balesetbiztosítása? \_\_\_\_\_  igen  nem
- 1.6.4. Kezelőorvosának neve, címe:  
\_\_\_\_\_

Kérjük, hogy a vizsgáló orvos az „igen/nem” megválaszolt kérdéseket itt részletezze (kórismék, időpontok, kezelések, kiemelés, jelen állapot stb.).

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 biztosítókról 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. házi orvos) 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, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

Kelt, \_\_\_\_\_ | | | | | | | |

\_\_\_\_\_ |  
szülő / törvényes képviselő aláírása



## 2. Fizikális vizsgálat

### 2.1. Testméretek

2.1.1 Testsúly: \_\_\_\_\_ kg Testmagasság: \_\_\_\_\_ cm

2.2. Fennáll-e fizikális eltérés a bőr és nyálkahártyák vonatkozásában? \_\_\_\_\_ igen nem

2.3. Fennáll-e mozgásszervi fizikális, anatómiai vagy funkcionális eltérés? \_\_\_\_\_ igen nem

### 2.4. Mellkas

2.4.1. Van-e fizikális eltérés a mellkas alakjában? \_\_\_\_\_ igen nem

2.4.2. Van-e eltérés a tüdő kopogtatási és hallgatódzási leletében? \_\_\_\_\_ igen nem

### 2.5. Szív

2.5.1. Van-e fizikális eltérés a szív méretében? \_\_\_\_\_ igen nem

2.5.2. Van-e fizikális eltérés a szívhangoknál? \_\_\_\_\_ igen nem

2.5.3. Észlelhetők-e zörejek? \_\_\_\_\_ igen nem

2.5.4. Fennáll-e a zörej organikus eredetének gyanúja? \_\_\_\_\_ igen nem

2.5.5. Fennáll-e frekvenciával és ritmicitással kapcsolatos fizikális eltérés? \_\_\_\_\_ igen nem

2.6. Nyugalmi pulzus \_\_\_\_\_ /min. vérnyomás \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hgmm.

### 2.7. Szájüreg

2.7.1. Van-e fizikális eltérés a nyelven, mandulákon, fogazaton, garatban? \_\_\_\_\_ igen nem

### 2.8. Fül, orr- és melléküregek

2.8.1. Fennáll-e nagyothallás? \_\_\_\_\_ igen nem

2.8.2. Fennáll-e fizikális eltérés a régióban? \_\_\_\_\_ igen nem

### 2.9. Vízús és szemmozgások

2.9.1. Van-e látásélesség és/vagy a térbeli-, színlátás zavarára utaló fizikális eltérés? \_\_\_\_\_ igen nem

2.9.2. Van-e eltérés a szemmozgásokban? \_\_\_\_\_ igen nem

### 2.10. Has

2.10.1. Van-e inspekciós eltérés? \_\_\_\_\_ igen nem

2.10.2. Van-e kóros rezisztencia? \_\_\_\_\_ igen nem

2.10.3. Van-e kóros nyomásérzékenység? \_\_\_\_\_ igen nem

2.10.4. Van-e tapintási eltérés a máj és/vagy a lép vonatkozásában? \_\_\_\_\_ igen nem

### 2.11. Perifériás artériák

2.11.1. Van-e tapintási- és/vagy hallgatódzási eltérés a nyakon? \_\_\_\_\_ igen nem

2.11.2. Van-e tapintási- és/vagy hallgatódzási eltérés a felső végtagon? \_\_\_\_\_ igen nem

2.11.3. Van-e tapintási- és/vagy hallgatódzási eltérés az alsó végtagon? \_\_\_\_\_ igen nem

### 2.12. Egyéb

2.12.1. Fennáll-e az emlő tapintási eltérése? \_\_\_\_\_ igen nem

2.12.2. Fennáll-e a pajzsmirigy tapintási eltérése? \_\_\_\_\_ igen nem

2.12.3. Van-e organikus neurológiai eltérésre utaló fizikális eltérés? \_\_\_\_\_ igen nem

2.12.4. Van-e pszichés, mentális rendellenességre utaló fizikális eltérés? \_\_\_\_\_ igen nem

2.12.5. Van-e más említésre méltó fizikális eltérés? \_\_\_\_\_ igen nem

Kérjük, hogy a vizsgáló az „igen” megjelölt kérdéseket a kockázat megállapításához szükséges kiegészítésekkel lássa el!

---



---



---



---



---



---



---

# Orvosi vizsgálati jelentés

## gyermek biztosítási kockázatának felméréséhez



**GENERALI**  
Biztosító

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

### 3. Kiegészítő vizsgálatok

Kérjük, a szükséges kiegészítő vizsgálatok hiteles, olvasható leleteit mellékelni!

**3.1. Az előírt kiegészítő vizsgálat (teljes vizeletvizsgálat) eltérései:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.2. A vizsgáló orvos által szükségesnek tartott egyéb kiegészítő vizsgálatok eltérései:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. A vizsgáló orvos nyilatkozata

**4.1. Igazolható-e a vizsgált személy személyazonossága?**

**4.2. Jelen vizsgálat előtt létezett-e kapcsolat az orvos és a vizsgált személy között?**

4.2.1. Orvos-beteg kapcsolat? \_\_\_\_\_  igen  nem

4.2.2. Rokoni kapcsolat? \_\_\_\_\_  igen  nem

### 5. A vizsgáló orvos a vizsgált személy megbetegedési kockázatával kapcsolatos megjegyzése

**5.1. Szükségesnek tartja-e korábbi egészségügyi dokumentumok beszerzését?** \_\_\_\_\_  igen  nem

**5.2. Szükségesnek tart-e további kiegészítő vizsgálatokat?** \_\_\_\_\_  igen  nem

**5.3. Véleménye szerint várható-e belátható időn belül egészségi állapotromlás?** \_\_\_\_\_  igen  nem

**5.4. Baleseti rokkantsági biztosítás esetén kérjük az alábbi vonatkozásában is nyilatkozni!**

Fennáll-e jelenleg baleseti rokkantság vagy bármilyen, a baleseti rokkantsági kockázatot fokozó körülmény? \_\_\_\_\_  igen  nem

Ha igen, kérjük részletezze! \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5.5. Egyéb észrevételek:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kelt, \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_

vizsgáló orvos  
(aláírás, pecsét)

A kockázatelbírálás megjegyzései:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_