

Kiegészítő kérdőív cukorbetegségre vonatkozóan



GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Zrt.

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

Biztosított neve: _____

Születési dátuma: _____

1. A betegség felfedezésének időpontja: _____

2. Hol történik az Ön gondozása? (Kérjük bekarikázással jelölje!)

a) diabétesz gondozóban _____ b) háziorvosi ellátás keretében _____ egyéb: _____

Milyen időközönként jár ellenőrzésre? _____

Mikor ellenőrizték utoljára? _____

3. Kezelőorvos neve, címe: _____

4. Milyen kezelésben részesül? (Kérjük bekarikázással jelölje!)

a) csak diéta _____

b) tablettá (készítmény, adagolás): _____

c) inzulin (típus, adagolás): _____

5. Végez-e otthoni vércukorszint ellenőrzést? _____ Milyen gyakorisággal? _____

6. Milyen az utolsó vércukoreredménye?

a) Éhgyomorra? _____ mmol/l Mikor mérték? _____

b) Étkezés után (egy órával)? _____ mmol/l Mikor mérték? _____

c) Étkezés után (két órával)? _____ mmol/l Mikor mérték? _____

7. Mekkora volt az utolsó HgbA1C eredménye? _____

8. Részt vesz-e rendszeresen szemészeti kontroll vizsgálaton? _____ igen _____ nem

Állapítottak-e meg Önnél cukorbetegség eredetű szemfenék elváltozást – diabéteszes retinopathiát? _____ igen _____ nem
(Ha igen, kérjük mellékelje orvosi dokumentumait!)

9. Rendszeresen történik-e Önnél vizeletvizsgálat? _____ igen _____ nem

Ennek során állapítottak meg Önnél a) cukorvizelést? _____ igen _____ nem

b) fehérjevizelést? _____ igen _____ nem

10. Volt-e Ön a betegsége miatt kórházban? _____ igen _____ nem

Mikor, hol? _____

(Ha igen, kérjük mellékelje az erről szóló orvosi dokumentumait!)

11. Az utolsó 5 évben lépett-e fel ketoacidózis, hiper- vagy hipoglikémiás kóma? _____ igen _____ nem

Mi, mikor? _____

12. Társuló betegségek. Fennáll-e/fennállt-e Önnél bármelyik az alábbi megbetegedések közül?

(Ha igen, kérjük bekarikázással jelölje és részletezze, valamint mellékelje az erről szóló orvosi dokumentumokat!)

a) Végtagi artériás keringési zavar _____ b) Lábszárfekély _____ c) Vesebetegség _____ d) Neuropathia _____

e) Koszorúsér-szívbetegség _____ f) Zsíryanycsere rendellenességek _____ g) Egyéb _____

13. Mekkora volt az utolsó mért vérnyomása? _____ / _____ Mikor mérték? _____

szisztolés

diasztolés

14. Egyéb gyógyszerei: _____

További megjegyzés: _____

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése a biztosítás érvénytelenségét vonhatja maga után. Egyben felhatalmazom a biztosítótársaságot, hogy az egészségi állapotommal kapcsolatos egyéb információkat beszeresse, valamint az ezen információkat kiadók felmentem a társasággal szembeni titoktartási kötelezettségük alól. Jelen nyilatkozatomban hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosítási titkot képező személyi- és egészségi állapotomra vonatkozó adataimat, továbbá a megkötött biztosítási szerződéssel, annak tartalmával kapcsolatos adatokat a Generali-Providencia Biztosító Zrt. ajánlat-elbírálási, illetve kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok, valamint viszontbiztosítási célból a Generali Holding Vienna AG részére átadja.

dátum

biztosított aláírása