

Kiegészítő kérdőív kötőszöveti betegségre 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. Szenved vagy szenvedett-e
 - a) Rheumatoid arthritisben? a)
 - b) Sjörgen syndromában? b)
 - c) Systemás lupus erythematodesben? c)
 - d) Sclerodermiában? d)
 - e) Polymyalgia rheumaticában? e)
 - f) Dermatomyositisben? f)

2. Mikor lépett fel először a betegség?

3. Állt-e Ön a betegsége miatt
 - a) házi orvosi kezelés alatt? a) mikor?
 - b) kórházi kezelés alatt? b) mikor?
 - (Kérjük a zárójelentések fénymásolatait!) hol?

 - c) rehabilitációs központ kezelése alatt? c) mikor?
 - hol?

4. Alkalmazott terápia
 - a) gyógyszeres készítmény, adagolás a)
 - b) fizioterápia b)

5. Jelenleg kezelés alatt áll-e?
Kezelőorvos neve, címe:

6. Milyen következmények maradtak vissza a betegségből?
(pl.:bénulás, izomsorvadás, mozgás-korlátozottság, szívbántalmak)

7. Jelen panaszai?

8. Operálták-e a mozgásképesség javítása érdekében? mikor?
hol?

9. Vérnyomás
 - a) mennyi az átlagos vérnyomása? a) _____ / _____
szisztolés diasztolés

 - b) szed-e Ön vérnyomás-csökkentő gyógyszert? b)
Ha igen, mit, mennyit?

10. Mennyi a napi alkohol fogyasztása?

11. Mennyit dohányzik naponta?

12. Magasság: _____ cm Testsúly: _____ kg

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 kiadókat 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 ill. kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok, valamint viszontbiztosítási célból a Generali Holding Vienna AG részére átadja.

_____ dátum

_____ biztosított aláírása