

Kiegészítő kérdőív vesebetegségre 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) vesegyulladásban? a)
 - b) vesemedence-gyulladásban? b)
 - c) vesekőbetegségben? c)
 - d) vesetuberkulózisban? d)
 - e) más vesebetegségben? e)Pontos diagnózis?

2. A betegségre egyik vagy mindkét vesét érinti?

3. Állt-e Ön a betegsége miatt
 - a) ambuláns kezelés alatt? a) mikor?
hol?
 - b) kórházi kezelés alatt? b) mikor?
hol?
 - c) szanatóriumi kezelés alatt? c) mikor?
hol?(Kérjük a zárójelentés másolatait!)

4. Távolítottak-e el vesekövet, illetve kilátásban van-e a közeljövőben?

5. Hogyan, mikor és hol végezték?

6. Távolítottak-e el vesét?
Milyen a másik vese állapota?

7. Milyen gyógyszereket szed, szedett?

8. Kell-e Önnek diétát tartani?

9. Van-e jelenleg kimutatott vese-, vagy hólyagköve?

10. Milyen gyakran jelentkezik vesegörcs?

11. Áll-e fenn hólyagbetegség?

12. Átlagos vérnyomása? _____ / _____
szisztolés diasztolés
13. Szed-e Ön vérnyomás-csökkentő szert?

14. Szenved-e Ön cukorbetegségben vagy más jelentős betegségben?

15. Mikor volt vizelet vizsgálata?
Milyen eredménnyel?

16. Mennyi a napi alkoholfogyasztása?

17. Mennyit dohányzik naponta?

18. Magasság: _____ cm Testsúly: _____ .kg

További megjegyzés:

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek, és tudomásul veszem, hogy valótlán adatok közlése a biztosítás érvénytelenségét vonhatja maga után. Egyben felhatalmazom a biztosítótársaságot, hogy az egészségi állapotommal kapcsolatos egyéb információkat beszerezze, 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