

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. Családi kórtörténet

Előfordult-e szüleinél, testvéreinél tbc, rosszindulatú daganat, szívbetegség, érrendszeri megbetegedés, cukorbetegség, epilepszia, öngyilkosság vagy egyéb jelentősebb betegség? _____ igen _____ nem

1.2. Egyéni kórtörténet

Volt-e vagy van-e az alábbi szerveket, szervrendszereket érintő valamilyen panasz, betegsége?

1.2.1. **Szív.** Jelentkezett-e szapora- vagy rendetlen szív működés, légszomj, szív táji nyomás? Van-e adat szívizom és/vagy szívbelhártya-gyulladás, szívbillentyű-hiba, koronária-szívbetegség, egyéb előfordulására? _____ igen _____ nem

1.2.2. **Érrendszer.** Van-e adat magas vérnyomás, érszűkület, agyi érkrízis, visszér-betegség, aranyér-betegség, egyéb előfordulására? _____ igen _____ nem

1.2.3. **Légzőszervek.** Jelentkezett-e tartós köhögés, véres köpet, rekedtség? Van-e adat tbc, szarkoidózis, tüdő asztma, krónikus hörghurut, fibrózis, légmell, krónikus felsőlégúti hurut, egyéb előfordulására? _____ igen _____ nem

1.2.4. **Emésztőszervek.** Jelentkezett-e sárgaság, tartós hasmenés, szurokszéket, puffadás, testsúly-csökkenés? Van-e adat gyomor- vagy nyombélfekély, vékony- vagy vastagbélbetegség, máj-, epe-, hasnyálmirigy- vagy egyéb emésztőszervi betegség előfordulására? _____ igen _____ nem

1.2.5. **Belső elválasztású mirigyek.** Van-e adat cukorbetegség, struma, pajzsmirigy működési zavar, pajzsmirigy góbsódás, egyéb endokrin betegség előfordulására? _____ igen _____ nem

1.2.6. **Vese és húgyutak.** Jelentkezett-e vesegörcs, véres vizelet, gyakori-, fájdalmas vizelet, vizelettartási rendellenesség? Van-e adat vese- vagy vesemedence-gyulladás, vesekő vagy egyéb előfordulására? _____ igen _____ nem

1.2.7. **Nemi szervek.** Jelentkezett-e közönségesi-, nemzési képtelenség, menstruációs rendellenesség, rendellenes vérzés, fluor? Van-e adat prosztatata-, here- vagy mellékhere gyulladás, petefészek, méh, hüvely, emlő, egyéb betegség előfordulására? _____ igen _____ nem

1.2.8. **Érzékszervek.** Van-e szükség látáskorrekcióra (mértéke: jo.: _____ bo.: _____ D)? Jelentkezett-e hallásromlás? Van-e adat zöldhályog, szürkehályog, középfülgyulladás, otoszklerózis, egyéb előfordulására? _____ igen _____ nem

1.2.9. **Mozgásszervek.** Jelentkezett-e ízületi fájdalom, duzzanat, mozgáskorlátozottság? Van-e adat csont-, ízületi- vagy izombetegségre? _____ igen _____ nem

1.2.10. **Központi idegrendszer.** Jelentkezett-e fejfájás, szédülés, ájulás, bénulás? Van-e adat epilepszia, idegzsába, baleseti agykárosodás utáni állapot, agysorvadás, agyi érkatasztófa utáni állapot, agy- vagy gerincvelő hegesedés, vagy egyéb előfordulására? _____ igen _____ nem

1.2.11. **Egyéb szervek, szervrendszerek.** Van-e kórtörténeti adat bőrbetegség _____ igen _____ nem

pszichiátriai betegség _____ igen _____ nem

anyagcsere-betegség (pl. emelkedett vérzsír-, húgysavszint stb.) _____ igen _____ nem

szendélybetegség (alkoholizmus, narkománia) _____ igen _____ nem

vérképzőrendszeri betegség _____ igen _____ nem

daganatos betegség _____ igen _____ nem

AIDS-betegség vagy pozitív HIV-teszt _____ igen _____ nem

allergia _____ igen _____ nem

egyéb betegség, panasz előfordulására? _____ igen _____ nem

Kérjük, hogy a vizsgáló orvos az „igen” megválaszolt kérdéseket az alábbiakban részletezze (kórismék, időpontok, kezelések, kimenetel, jelen állapot, stb.)!

Kelt: _____

_____ vizsgáló személy aláírása

1.3. Balesetek

- 1.3.1. Előfordult-e baleset sérüléssel? _____ igen nem
- 1.3.2. Előfordult-e mérgezés? _____ igen nem
- 1.3.3. Előfordult-e öngyilkossági kísérlet? _____ igen nem

1.4. Vizsgáló és gyógyító beavatkozások

- 1.4.1. Volt-e műtété? _____ igen nem
- 1.4.2. Állt-e kórházi vagy más fekvőbeteg gyógyintézeti kezelés, kivizsgálás alatt? _____ igen nem
- 1.4.3. Állt-e valamikor járóbeteg kivizsgálás, gondozás alatt? _____ igen nem
- 1.4.4. Állt-e valamikor alkohol-, kábítószer elvonó kezelés alatt? _____ igen nem
- 1.4.5. Korábban fogyasztott-e tartósan gyógyszert? _____ igen nem
- 1.4.6. Vizsgálták-e röntgen komputer-tomográfal? _____ igen nem
- 1.4.7. Volt-e terheléses EKG vizsgálata? _____ igen nem
- 1.4.8. Áll-e kórházi vagy más fekvőbeteg gyógyintézeti kezelés, kivizsgálás alatt? _____ igen nem
- 1.4.9. Áll-e járóbeteg kivizsgálás, gondozás alatt? _____ igen nem
- 1.4.10. Jelenleg fogyaszt-e gyógyszert? _____ igen nem
- 1.4.11. Terveznek-e önnél műtétet? _____ igen nem

1.5. Reprodukció

- 1.5.1. Jelenleg fennáll-e terhesség? _____ igen nem
- 1.5.2. Korábbi terhességei során jelentkezett-e komplikáció? _____ igen nem
- 1.5.3. Szülései során jelentkezett-e komplikáció (császármetszés, egyéb szülészeti beavatkozás)? _____ igen nem

1.6. Szenvedély

- 1.6.1. Jelenleg dohányzik-e? _____ igen nem
Ha igen: _____ db/nap
Korábban volt-e dohányos? _____ igen nem
Ha igen: _____ -tól _____ -ig _____ db/nap
- 1.6.2. Fogyaszt-e rendszeresen szeszes italt? _____ igen nem
Ha igen, mit, mennyit, milyen rendszerességgel?
- 1.6.3. Fogyaszt-e kábítószer? _____ igen nem

1.7. Munkaképesség és egészségi állapot mértéke

- 1.7.1. Az elmúlt 3 évben volt-e összesen 60 napot meghaladóan keresőképtelen? _____ igen nem
- 1.7.2. Kezdeményezett-e valaha munkaképesség-csökkenés/egészségkárosodás megállapítására irányuló szakértői eljárást? _____ igen nem
- 1.7.3. Állapítottak-e meg önnél egészségkárosodást vagy munkaképesség-csökkenést? _____ igen nem
- 1.7.4. Állapítottak-e meg önnél katonai szolgálatra való alkalmatlanságot? _____ igen nem

1.8. Egyéb információk

- 1.8.1. Jelenleg sportol-e legalább heti rendszerességgel? _____ igen nem
Igazolt vagy hobbi sportoló? _____ Mely sportágban? _____
Sportolt-e az elmúlt 5 évben? _____ igen nem
Igazolt vagy hobbi sportoló volt? _____ Mely sportágban? _____
Hány évig? _____
- 1.8.2. Jelenleg van-e más élet-, egészség- vagy baleset-biztosítása, illetve biztosítási ajánlata? _____ igen nem
- 1.8.3. Volt-e elutasított élet-, egészség- vagy baleset-biztosítási ajánlata? _____ igen nem
- 1.8.4. Kezelőorvosának neve, címe: _____

Kérjük, hogy a vizsgáló orvos az „igennel” megválaszolt kérdéseket az alábbiakban részletezze (kórimék, időpontok, kezelések, kimenetel, jelen állapot, stb.)!

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 beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítóról 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, 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: _____

vizsgált személy aláírása

A vizsgált személy neve: _____ Születési ideje: | | | | | | | | | |

2. Fizikális vizsgálat

2.1. Testmérétek

Testsúly: _____ kg Testmagasság: _____ cm
Testzsír: _____ % (amennyiben a helyszínen mérhető) Haskörfogat: _____ cm
Mellkaskörfogat belégzéskor: _____ cm Kilégzéskor: _____ cm

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

2.3. Fennáll-e mozgásszervi fizikális eltérés, beleértve az esetleges korábbi sérülésekből származó marandó morfológiai és funkcionális következményeket is? igen nem

2.3.1. Fennáll-e csontozati vagy mozgásszervi alakí deformitás? igen nem

2.3.2. Észlelhető-e eltérések az aktív mozgásban? igen nem

2.3.3. Van-e passzív mozgáskorlátozottságra utaló fizikális 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 hallgatózási 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. Észlelhető-e zörejek? igen nem

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

2.5.5. Fennáll-e frenkvenciával és ritmicitással kapcsolatos fizikális eltérés? igen nem

2.6. Nyugalmi pulzus _____ /min. és vérnyomás _____ / _____ Hgmm.

2.7. Szájüreg

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

2.8. Has

2.8.1. Van-e inspekciós eltérés? igen nem

2.8.2. Van-e kóros rezisztencia? igen nem

2.8.3. Van-e kóros nyomásérzékenység? igen nem

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

2.9. Perifériás artériák

2.9.1. Van-e tapintási és/vagy hallgatózási eltérés a nyakon? igen nem

2.9.2. Van-e tapintási és/vagy hallgatózási eltérés a felső végtagon? igen nem

2.9.3. Van-e tapintási és/vagy hallgatózási eltérés az alsó végtagon? igen nem

2.10. Visszerek

2.10.1. Van-e hasi visszereosségre utaló fizikális eltérés? igen nem

2.10.2. Van-e alsó végtagi visszereosségre utaló fizikális eltérés? igen nem

2.10.3. Észlelhető-e alsó végtagi posztrombotikus szindróma fizikális jelei? igen nem

2.11. Egyéb

2.11.1. Fennáll-e az emlő tapintási eltérése? igen nem

2.11.2. Fennáll-e a pajzsmirigy tapintási eltérése? igen nem

2.11.3. Van-e organikus neurológiai eltérésre utaló fizikális eltérés? igen nem

2.11.4. Van-e pszichés rendellenességre utaló fizikális eltérés? igen nem

2.11.5. Van-e más említésre méltó fizikális eltérés? igen nem

Kérjük, hogy a vizsgáló orvos az „igennel” megválaszolt kérdéseket az alábbiakban részletezze (kórismék, időpontok, kezelések, kimenetel, jelen állapot, stb.)!

3. Megrendelés (A biztosítási tanácsadó tölti ki!)

Biztosítási tanácsadó neve: _____	Kódja: _____
Biztosított (vizsgált személy) neve: _____	
Biztosított (vizsgált személy) születési időpontja: _____	Megrendelt vizsgálat típusa: _____
Biztosítási tanácsadó aláírása: _____	Megrendelés dátuma: _____
Az Orvosi vizsgálati jelentést a következő címre kérjük továbbítani (SZKK): _____	

4. Vizsgálat típusa és összetevői

- Kisorvosi vizsgálat: nincs előírt kiegészítő vizsgálat
- Nagyorvosi vizsgálat:
 Nagyorvosi vizsgálat + Dohányzási teszt
 Nagyorvosi vizsgálat + Mellkasröntgen
 Nagyorvosi vizsgálat + Dohányzási teszt + Mellkasröntgen
- Nagyorvosi vizsgálatához tartozó kiegészítő vizsgálatok:
12 elvezetéses EKG, laborvizsgálatok (kvantitatív vérkép, teljes vizelet mikroszkópos üledékkel, vércukor, koleszterin, karbamid-N, Sebi, GGT)
- Speciális orvosi vizsgálat:
nagyorvosi vizsgálat + a Vezérigazgatósággal előzetesen egyeztetett vizsgálatok

Megjegyzés

Kérjük a leleteket mellékelni!

Kérjük továbbá a vizsgálati eredményeket értékelni: EKG-t leletezni, laboreltéréseket kiemelni!

EKG:

Laboreltérések:

5. A vizsgáló orvos nyilatkozata

5.1. Igazolható-e a vizsgált személy személyazonossága? _____ igen nem

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

5.2.1. Munkakapcsolat? _____ igen nem

5.2.2. Rokoni kapcsolat? _____ igen nem

6. A vizsgáló orvos véleménye

6.1. Szükségesnek tartja-e korábbi egészségügyi dokumentumok beszerzését? _____ igen nem

6.2. Szükségesnek tart-e kiegészítő vizsgálatokat? _____ igen nem

6.3. Véleménye szerint várható-e belátható időn belül egészségi állapotromlás? _____ igen nem

6.4. Fennáll-e jelenleg baleseti rokkantság vagy bármilyen, a baleseti rokkantsági kockázatot fokozó körülmény? _____ igen nem

Ha igen, kérjük részletezze!

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

Kelt: _____

_____ vizsgáló orvos (aláírás, pecsét)

U3 kockázatbíráló véleménye: _____

U4 kockázatbíráló véleménye: _____