

A vizsgálóorvos neve:

A vizsgálat helye:

A vizsgálat időpontja:

AZ ÜGYFÉL ADATAI:

A vizsgált személy (biztosított) neve:

Születés helye:

Születés ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Foglalkozása:

Anyja neve:

Lakcíme:

**Kérjük, hogy ezen jelentést lezárva, az UNION Biztosító Zrt. Vezérigazgatóságának vagy helyi Területi Igazgatóságunknak juttassa el!**

*Biztosítónk felkéri Önt, hogy a vizsgált személynek és területi képviselőnknek semmiféle olyan felvilágosítást ne nyújtson, amely felvételi döntésünknek elébe váгна.*

*Köszönjük*

## Orvosi fizikális vizsgálat

Testsúly: \_\_\_\_\_ kg

Testmagasság: \_\_\_\_\_ cm

Vérnyomás: \_\_\_\_\_ Hgmm

A vizsgálat során tapasztalt-e valamilyen hiányosságot, funkcionális eltérést:

a fejen, érzékszerveken: \_\_\_\_\_

a nyakon: \_\_\_\_\_

a mellkason: \_\_\_\_\_

a hason, gerincoszlopon: \_\_\_\_\_

a medencén: \_\_\_\_\_

a végtagokon: \_\_\_\_\_

az idegrendszerénél (központi és perifériás): \_\_\_\_\_

Megfigyelhető-e a vizsgált személyen valamilyen sérülés vagy az utáni állapot? Amennyiben igen, milyen maradandó nyomai láthatók?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A vizsgált személy anamnézisében szerepelnek-e, s ha igen, milyen:

betegségek: \_\_\_\_\_

balesetek: \_\_\_\_\_

műtétek: \_\_\_\_\_

Szed-e rendszeresen gyógyszert, s ha igen, miért és mit? \_\_\_\_\_

Az általános egészségi állapot összefoglalása: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Véleménye szerint a vizsgált személy baleset-biztosításra való alkalmasságánál van-e valamilyen (egészségi, alkatbeli stb.) korlátozó

körülmény? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Szükségesnek tart-e a baleset-biztosítás megkötéséhez kiegészítő vizsgálatokat, és ha igen, melyeket?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a vizsgálóorvos aláírása