

Biztosított személy neve: _____ Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Testmagassága: _____ cm Testsúlya: _____ kg Vérnyomásának értéke: _____/_____ Hgmm Családi állapota: _____

Betegbiztosítási igazolványát kinek adta le, vagy háziorvosa neve, címe: _____

1. Veszélyes munkahelyen dolgozik-e, dolgozott-e (pl. sugárzás, mérgező gázok, robbanóanyag stb.)? Szabadidejében úz-e, üzött-e veszélyes tevékenységet, vagy bármilyen sportot?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen , mit mióta? Sorolja fel!	
2. Dohányzik-e (cigaretta, pipa, szivar) szeszesített fogyaszt-e?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen naponta mit és átlagosan mennyit? Sorolja fel!	
3. Az elmúlt öt évben állt-e gyógykezelés alatt, volt-e beteg-állományban, igénybe vett-e természetgyógyászati tanácsot, kezelést?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen , hol, milyen betegség, panasz miatt, mettől meddig milyen kezelésben részesült?	
4. Szedett-e vagy szed-e gyakran, rendszeresen vagy alkalm-szerűen gyógyszert, drogot, kábítószer?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen , megnevezése, szedési adagja, mióta szedi. Sorolja fel!	
5. Jelenleg táppénzes-, betegállományban van-e, áll-e gyógy-kezelés alatt vagy tud-e valamilyen betegségről, van-e panasza?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen , mikor és milyen típusú probléma?	
a) Szív és érrendszeri (pl. magas vérnyomás, szívinfarktus, pulzus-rendellenesség, rendellenes szívzörejek, visszér stb.)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen		
b) Légzőrendszeri (pl. hörghurut, asztma, ismétlődő bronhitis, TBC stb.)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen		
c) Emésztőrendszeri (pl. szájüreg, nyelőcső, gyomor, máj, epehólyag, nyombél, vastagbél, végbél stb.)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen		
d) Vese, húgy- ivarszervi (pl. prosztata, here, menstruációs zavar, emlők stb.)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen		
e) Idegrendszeri (pl. reflexek, ideggyulladás, kettős látás, sclerosis multiplex, bénulás, epilepszia stb.)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen		
f) Érzékszervi (pl. látószerv, hallószerv stb.)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen		Dioptriaszám: bal (+/-) _____ jobb (+/-) _____
g) Vér, vércépző szervi, immunrendszeri (vérszegénység, vashiány, csontvelő betegség, leukémia, lép betegség, vérzékenység stb.)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen		
h) Mozgásszervi, ízületi zavara (pl. reumatikus, ízületi bántalmak, porckorong stb.)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen		
i) Anyagcsere, mirigy zavara (pl. cukorbetegség, köszvény, magas vérzsír, pajzsmirigy, nyirokcsomó, hasnyálmirigy elváltozás stb.)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen		
j) Bőr elváltozásai (pl. allergia, bőrbetegségek, herpesz stb.)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen		
k) Akut és krónikus betegsége (pl. nemi betegség, gomba, indoko-latlan lázas megbetegedés stb.) daganat (jó- vagy rosszindulatú)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen , mikor és milyen típusú probléma?	
6. Volt-e valamikor műtétje? Áll-e műtéti előjegyzés alatt? Állt-e bármilyen gyógyintézetű kezelés alatt (szanatórium, rehabilitáció, utókezelés stb.)?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen , mikor, hol, milyen okból? Sorolja fel!	
7. Volt-e balesete (kullancs csípés), sérülése, mérgezése, öngyilkossági kísérlete?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen mikor, milyen mértékű?	
8. Van-e születési fejlődési rendellenessége, testi, érzékszervi hibája, bármilyen fogyatékoossága, maradandó egészségkárosodása, megállapított rokkantsága?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen milyen jellegű? Sorolja fel!	
9. Kezelték-e röntgennel, rádiummal, izotóppal vagy más sugárral? Részesült-e már kemoterápiás kezelésben?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen mikor, hol, milyen kezelést kapott? Sorolja fel!	
10. Tartózkodott-e külföldön (az Európai Unió országain kívül) az elmúlt két évben?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen , milyen célból? <input type="checkbox"/> munka <input type="checkbox"/> tanulás <input type="checkbox"/> egyéb: Kinntartózkodás helye, tartama:	
11. Nőknél: jelenleg terhes-e? Fogamzásgátló tablettát szed-e? Menstruációs rendellenessége van-e?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen , hányadik hónapban van? Ha igen , hány éve? Ha igen , oka:	
12. Van-e jogosítványa?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen hány kilométert vezet évente?	

13. Családi adatok	Születési idejük	Egészségi állapotuk	Esetleges halál időpontja	Oka
Édesapa:	_____	_____	_____	_____
Édesanya:	_____	_____	_____	_____
Testvér(ek):	_____	_____	_____	_____

Alulírott kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban feltett kérdésekre a valóságnak megfelelően válaszoltam. Vizsgáló és kezelőorvosaimnak, táppénz kifizető-helyemnek, egészségi állapotom és baleseteim következményeinek tekintetében az orvosi titoktartás alól az UNIQA Biztosító Zrt. részére felmentést adok.

Kelt: _____

biztosított sajátkezű aláírása

Figyelem! Ha egy ponton belül több kérdés szerepel, valamennyire választ kell adni a megfelelő kérdés megjelölésével!