

Dotazník o zdravotnom stave poisteného

Rodné číslo	Priezvisko	Meno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SKRÁTENÝ DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO	Meno a kontakt na praktického lekára poisteného (adresa vrátane PSČ, telefón)			
	<input type="text"/>			
	Rodičia, súrodenci	Živí (vek)	Mŕtvi (vek úmrtia)	Zdravotný stav alebo príčina úmrtia
	otec			
	matka			
	bratia			
	sestry			
	(Uveďte, prosím, predovšetkým ochorenia ako: cukrovka, epilepsia, nádorové ochorenie, srdcovo-cievne, vysoký krvný tlak alebo náhle úmrtie - infarkt, mozgová príhoda.)			
	Váha	<input type="text"/> kg	Fajčíte? Ako dlho? Aký druh? Koľko denne?	<input type="text"/>
	Výška	<input type="text"/> cm	Pijete alkohol? Aký druh? Koľko denne?	<input type="text"/>
	1.	Boli ste v minulosti vyšetrovaný/á, liečíte sa alebo máte byť v sledovaní alebo ste ešte sledovaný/á praktickým lekárom či iným odborným lekárom kvôli zdravotným problémom, telesnej poruche, úrazu, vrátane rehabilitácie, alebo boli ste v posledných 5 rokoch hospitalizovaný/á v nemocnici, kúpeľoch či liečebni?		
2.	a) Ste v súčasnej dobe práceneschopný/á, alebo ste boli v posledných 5 rokoch práceneschopný/á dlhšie ako 3 týždne? b) Máte plánovanú (v najbližšom roku) akúkoľvek operáciu, vyšetrenie, pobyt v nemocnici či liečebni?			
3.	a) Užívali ste, užívate alebo máte užívať lieky? b) Užívali ste alebo užívate drogy?			
4.	Máte alebo mali ste zmenenú pracovnú schopnosť, čiastočný alebo plný invalidný dôchodok?			
	Máte alebo mali ste niektorú z uvedených chorôb: Kedy, ako dlho, liečba, PN?			
	a) bezvedomie, epilepsia, neurózy, psychózy, iné duševné ochorenie, pokus o samovraždu			
	b) závraty, bolesti hlavy, srdcový infarkt, mozgovú príhodu, bolesti na hrudníku, búšenie srdca, chlopňové chyby, iné choroby srdca a ciev, vysoký krvný tlak, cukrovku			
	c) zápal priedušiek, astmu, ochorenie pľúc, TBC, zápal pohrudnice, častý kašeľ, alergie			
5.	d) ochorenie pažeráka, žalúdka, žlčníka, pankreasu, obličiek, močového systému, prostaty, pečene, čriev, mononukleóza, žltacka (A,B,C), hemoroidy, prietrž			
	e) ochorenie svalov, kĺbov, kostí, bedrových kĺbov, bolesti chrtice, ischias, porucha platničiek, obrna, dna, reumatizmus			
	f) kožné ochorenie, lupienka, zápal žil, embólia, krčové žily, berceve vredy, pohlavné choroby			
	g) gynekologické ochorenia, vrátane myómu, ochorenie prsníka, ochorenie pohlavných orgánov, sterilita (aj u mužov)			
	h) iné ochorenia alebo poruchy, najmä nádorové ochorenia, poruchy štítnej žľazy			
6.	a) Ste nedoslýchavý/á? Ako dlho, prečo?	<input type="checkbox"/> vpravo % strata <input type="checkbox"/> vľavo % strata <input type="checkbox"/> spolu % strata		
	b) Máte poruchu zraku (krátkozrakosť, ďalekozrakosť, šklúlenie, ochorenie sietnice, šedý alebo zelený zákal, iné...)? Akú, ako dlho, príp. koľko dioptrií +/- ?	<input type="checkbox"/> dioptrie vpravo <input type="checkbox"/> dioptrie vľavo		
7.	a) Podstúpili ste v priebehu posledných piatich rokov nejaké špeciálne vyšetrenie ako RTG - röntgenové vyšetrenie, mamografiu, CT - počítačová tomografia, NMR - nukleárna magnetická rezonancia, SONO - ultrazvukové vyšetrenie, EKG - elektrokardiografické vyšetrenie, EEG - elektroencefalografické vyšetrenie, endoskopické alebo iné vyšetrenie? Kedy, prečo, s akým výsledkom? b) Boli ste niekedy liečený/á ožarovaním?			
8.	Boli ste liečený/á pre závislosť na alkohole, liekoch, drogách, hráčkovej závislosti, bulimii, anorexiu, alebo ste evidovaný/á v poradni pre tieto závislosti? Kedy, kde, ako dlho?			
9.	Boli ste vyšetrovaný/á na AIDS a bola Vám zistená HIV infekcia, alebo prebieha na ňu vyšetrenie a výsledok ešte nepoznáte?			
10.	Ženy: ste v súčasnosti tehotná? V ktorom týždni? Zdravotný stav?			
11.	Odmietla, odložila alebo vypovedala Vám poisťovňa v minulosti životné poistenie alebo poistenie invalidity alebo bol niektorý návrh prijatý za zvýšené poistné alebo s výňatím? Názov poisťovne, druh poistenia, dôvod?			

Odporúčané vyšetrenie: Lekárske vyšetrenie A + B

Poistený podpísaním zdravotného dotazníka potvrdzuje pravdivosť a úplnosť poskytnutých údajov o svojom zdravotnom stave.

.....
podpis poisteného/ zákonného zástupcu podľa podpisového vzoru

.....
dátum (musí byť zhodný s dátumom spisania zmluvy)