



PANNÓNIA
ÉLETBIZTOSÍTÓ

Közvetítői kód:

Egészségi nyilatkozat

Ajánlatszám:

Név: _____ Születési idő: _____

Jelenlegi testsúly: _____ kg Testmagasság: _____ cm

Háziorvosa adatai (név, rendelő címe, telefonszám, fax, e-mail cím): _____

Egészes vagyok, nem szenvedek semmilyen betegségben, az egészségi állapotommal kapcsolatban nincsenek panaszaim. Nem kell rendszeresen szednem gyógyszert, nem állok járóbeteget-kezelés, illetve kórházi kezelés alatt, egészségkárosodásom nincs. Munkaképességem teljes, nincs semmilyen érzékszervi, elméleti és testi fogyatékoságom. Nem terveznek nálam kivizsgálást, járóbeteget-, illetve kórházi kezelést, műtétet, nincs velem született rendellenességem. IGAZ: NEM IGAZ:

Az elmúlt 10 évben nem volt olyan betegségem, amely tartós és/vagy rendszeres orvosi kezelést igényelt, nem voltam betegség miatt négy hétnél hosszabb betegállományban, nem szedtem rendszeresen gyógyszert egy hónapnál hosszabb ideig, nem álltam kórházi kezelés alatt, nem volt műtétem, egészségkárosodásom, munkaképesség-csökkenésem, nem ért sérüléssel járó baleset. IGAZ: NEM IGAZ:

Legalább 15 éve nem dohányzom, nem fogyasztok semmilyen dohánykészítményt, alkoholt. Kábítószer, egyéb tudatmódosító szert soha nem fogyasztottam. IGAZ: NEM IGAZ:

Ha a fenti kérdések bármelyikére „nem igaz”-zal választolt, kérjük, folytassa a válaszadást!

1. Szülő, vagy testvér 65 éves kora előtt diagnosztizáltak-e bármelyiket a következő betegségek közül, vagy elhunyt-e szülő, vagy testvér 65 éves kora előtt a következő betegségek közül bármelyikben: rák, szív- és érrendszeri betegség (szívinfarktus, stroke), magas vérnyomás, cukorbetegség, vesebetegség vagy bármely örökklődő betegség (pl. policisztás vesebetegség). Ha igen, kérjük, adja meg a betegséget és az érintett személy korát a diagnózis megállapításakor! Az érintett személy nevét és a rokonság fokát (pl. szülő, testvér) ne adja meg! IGEN: NEM:

2. Dohányzik? IGEN: NEM:
Ha igen, milyen fajta dohányárut (cigaretta, szivar, pipa) és naponta mennyit? _____ Ha abbahagyta, hány éve tette? _____ Előtte hány évig dohányzott? _____

3. Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt? IGEN: NEM:
Ha igen, mit (sör, bor, égetett szesz) és naponta mennyit? _____

4. Használ vagy használt-e tudatmódosító szert? IGEN: NEM:
Ha igen, mit? _____ Mikor? Hány éve? _____

5. Volt-e pozitív HIV és/vagy HCV (Hepatitis C) és/vagy CMV (Cytomegalovírus) tesztje? – Kérjük, csatolja leleteit!* IGEN: NEM:
Ha igen, mikor? _____

6. Szedett-e az élete során tartósan (14 napot meghaladó időtartamban) gyógyszert rendszeresen? IGEN: NEM:
Ha igen, mit? (gyógyszer neve) _____ Milyen rendszerességgel? (napi, heti, ...) _____
Mi okból? (diagnózis) _____ Mikor? Hány éve? _____ Mennyi ideig? _____

7. Jelenleg – egy éven belül – rendeltek-e Önnek rendszeres szedésre gyógyszert? IGEN: NEM:
Ha igen, mit? (gyógyszer neve) _____ Milyen rendszerességgel? (napi, heti, ...) _____
Mi okból? (diagnózis) _____ Mióta? _____ Szedi-e gyógyszerét? _____ IGEN: NEM:

8. Volt-e műtéte? (kivéve mandula-, orrpolip-, orrsövény-, kalapácsujj, bűtyök) – Kérjük, csatolja a zárójelentését! IGEN: NEM:
Mi okból? _____ Mikor? _____ Milyen műtét? _____

9. Volt-e betegállományban az elmúlt 5 évben legalább két hétig? IGEN: NEM:
Ha igen, mi okból? _____ Mennyi ideig? _____

10. Feküdt-e kórházban és/vagy volt-e rehabilitációs kezelése az elmúlt 5 évben? – Kérjük, csatolja a zárójelentését!* IGEN: NEM:
Ha igen, mikor? _____ Mennyi ideig? _____ Mi okból? _____

11. Volt-e mérgezése, balesetből eredő csont-, izület-, izom-, porc- vagy szalagsérülése? – Kérjük, csatolja a zárójelentését!* IGEN: NEM:
Ha igen, mikor? _____ Mi? _____ Operálták-e? – Kérjük, csatolja a zárójelentését! IGEN: NEM:

12. Volt-e valaha munkaképesség csökkenés és/vagy igazságügyi orvosszakértői vizsgálata? – Kérjük, csatolja az ezzel kapcsolatos dokumentumokat!* IGEN: NEM:
Ha igen, mikor? _____ Miért, milyen alapbetegséggel? _____ Eredménye? _____

13. Tud-e arról, hogy szív- és érrendszeri, anyagcsere- (pl. diabetes, zsíryanagcsere, köszvény), rosszindulatú daganatos, allergia, fertőző, gyomor-, bélrendszeri (pl. máj, hasnyálmirigy), vizeletkiválasztó rendszeri (pl. vese, húgyhólyag), ivarszervi (pl. petefészkek, méh, illetve here, prosztata), nemi, idegrendszeri, pszichiátriai, vérképzőrendszeri, immunológiai, fertőző, hormonális betegsége, csontritkulása, súlyos látás és/vagy halláskárosodása, légzőszervi (tüdő, gége, légcső), mozgásszervi (gerinc, csípő, térd, egyéb izületi) betegsége volt, illetve van? Visel-e 7 dioptriánál erősebb szemüveget vagy kontaktlencsét? – Kérjük, csatolja a leleteit!* IGEN: NEM:
Ha igen, a diagnózis: _____ Diagnózis időpontja: _____

14. Az elmúlt két évben volt nőgyógyászati és/vagy emlőszűrésen, tüdőszűrésen, urológiai szűrésen (PSA)? Volt vér-, vizelet- vagy egyéb laborvizsgálata, EKG vizsgálata? – Kérjük, csatolja a leleteit!* IGEN: NEM:

15. Volt-e az elmúlt 5 évben terheléses EKG, szívtultrahang-, CT-, MRI-, ultrahang, izotópdiagnosztikai, PET-, endoszkópos vagy genetikai vizsgálata? Kapott-e valaha terápiás célból sugárkezelést, izotópkezelést vagy kemoterápiát? – Kérjük, csatolja leleteit!* IGEN: NEM:
Ha igen, mikor? _____ Mi okból? _____

16. Kell-e speciális diétát követnie? IGEN: NEM:
Ha igen, milyen? _____

17. Volt-e valaha öngyilkossági kísérlete? IGEN: NEM:

18. Volt-e az elmúlt 6 hónapban hasi, mellkasi, izületi, hát- vagy derékfájdalma, migrénes fejfájása, szédülése, hányingere, köhögése, szapora szívdobogásérzése vagy szorongása? – Kérjük, csatolja leleteit!* IGEN: NEM:

19. Van-e egyéb betegsége, egészségi állapotban bekövetkezett károsodása, amire nem kérdeztünk rá? IGEN: NEM:
Ha igen, mi? _____

Jelen egészségi nyilatkozattal egyidejűleg leadott orvosi dokumentumok száma: _____ db Kiegészítések (kérjük a kérdések sorszámát is megadni): _____

* IGEN válasz esetén a felsoroltak közül, kérjük, húzza alá a megfelelő(ke)t.

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ 2 0 _____ év _____ hó _____ nap

Biztosított aláírása