

Pojištěný		
Jméno, příjmení a titul	Rodné číslo	Datum narození
Adresa - ulice (místo), č.p.	Telefon	
Fax	E-mail	
<p>Při příbuzenském vztahu k pojištěné osobě prosím neprovádět vyšetření.</p> <p>Každou z následujících otázek kladte prosím jednotlivě, hodící se odpověď zakřížkujte a u "ano" vysvětlíte. Pečlivým zodpovězením zamezíte časově náročným zpětným dotazům.</p>		
I. Prohlášení pojištěného před lékařem		
<p>1. Vyskytly se u rodičů nebo sourozenců srdeční nebo cévní choroby, duševní nebo nervová onemocnění, cukrovka nebo zhoubné nádory (věk, při úmrtí, příčina)?</p> <p>ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> Které? U koho? _____</p>		
<p>2. Máte nebo měl jste nemoci, poruchy nebo potíže:</p>		
<p>a) srdce nebo oběhových orgánů, např. srdeční vadu (vrozenou nebo získanou), anginu pectoris, resp. koronární srdeční chorobu, srdeční infarkt, poruchy prokrvení (ve které oblasti?), zvýšený krevní tlak, cévní mozkovou příhodu, zánět žil, embolii, resp. následující symptomy: dušnost při námaze, tlak v srdeční krajině, srdeční arytmie, otoky?</p>	<p>h) smyslových orgánů, jako např. uší (např. nedoslýchavost) nebo očí (např. snížená ostrost vidění, uveďte počet dioptrií)?</p>	<p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p> <p>pravé oko ± _____ levé oko ± _____</p> <p>ne <input type="checkbox"/></p>
<p>b) dýchacích orgánů, např. opakovanou nebo déle trvající bronchitidu, zápal plic, pleuritidu, astma nebo onemocnění hrtanu?</p>	<p>i) močových nebo pohlavních orgánů, např. ledvinové kameny, zánět ledvin, ledvinových pánviček nebo močového měchýře; prostaty, varlat nebo nadvarlat, resp. následující symptomy: krev v moči, vylučování bílkovin, ledvinové koliky?</p>	<p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p> <p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p>
<p>c) zažívacích orgánů, např. gastritidu, žaludeční nebo dvanácterníkové vředy, krvácení žaludku nebo střev, déle trvající průjem; tenkého, tlustého střeva, jater (hepatitis?), žlučníku, resp. žlučových cest nebo slinivky břišní?</p>	<p>j) nervů, mozky nebo míchy; emoční nebo duševní poruchy, např. epilepsii, deprese, resp. následující symptomy: sebevražedné pokusy, ochrnutí, mdloby, závratě, časté bolesti hlavy?</p>	<p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p> <p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p>
<p>d) krve nebo krevní srážlivosti, obzvláště změny červeného nebo bílého krevního obrazu?</p>	<p>k) nádory (nezhoubné, zhoubné) nebo zduření lymfatických uzlin, abnormální hmotnostní úbytek?</p>	<p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p> <p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p>
<p>e) cukrovku, poruchy metabolismu tuků (cholesterol, triglyceridy), dnu (kyselina močová) nebo poruchy funkce štítné žlázy?</p>	<p>l) infekční nemoci (akutní nebo chronické), např. tuberkulózu, pohlavní nemoci, onemocnění imunitního systému atd.?</p>	<p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p> <p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p>
<p>f) kůže, kostí nebo kloubů?</p>	<p>m) revmatické potíže?</p>	<p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p> <p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p>
<p>g) u žen kromě tohoto: onemocnění prsů nebo orgánů podbřišku? Jste těhotná? Pokud ano, uveďte ve kterém měsíci?</p>	<p>n) jiné nemoci, neduhy nebo potíže, na něž nebylo výslovně dotazováno?</p>	<p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p> <p>ano <input type="checkbox"/></p> <p>ne <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Vysvětlivky: druh onemocnění, poruch, potíží: Od kdy? Do kdy? Jak často? Jméno lékaře, adresa.</p>		
<p>4. a) Jaká je Vaše průměrná denní spotřeba alkoholu, resp. nikotinu?</p>	<p>alkohol _____ nikotin _____</p>	<p>_____</p>
<p>b) Bral jsem pravidelně léky (obzvláště na srdce a krevní oběh, léky snižující hladinu krevního cukru nebo krevní tlak)? Jaké?</p>	<p>_____</p>	
<p>c) Berete nyní léky? Které? Dávka?</p>	<p>_____</p>	
<p>d) Byla nebo je u Vás závislost na lécích, resp. omamných látkách?</p>	<p>_____</p>	
<p>5. a) Utrpěl jste úrazy, zranění nebo otravy? Jakého druhu? Jaké jsou následky?</p>	<p>_____</p>	
<p>b) Máte sníženou pracovní schopnost?</p>	<p>_____</p>	
<p>c) Žádal jste o důchod, pobíráte nebo pobíral jste důchod? Procenta snížení pracovní neschopnosti? Zdůvodnění výměru o důchodu?</p>	<p>_____</p>	
<p>Pokud ano, z jaké příčiny a jakého stupně byl invalidní důchod přiznán.</p>		

6. a) Byl jste operován?	
b) Je počítáno s operací nebo je operace doporučována?	
c) Byl jste ošetřen rentgenovým, izotopovým nebo jiným radioaktivním zářením?	
d) Musel jste se podrobit jiným ošetřením, např. chemoterapií?	

7. a) Byl Vám snímán elektrokardiogram, ergonometrie? (je-li k dispozici záznam EKG nebo zpráva o nález, prosíme o zapůjčení).	
b) Byla provedena rentgenová, počítačově-tomografická nebo jiná obrazová, resp. nukleárně-medicínská vyšetření?	
c) Dal jste si provést test na HIV nebo byl Vám takový test doporučen? Výsledek:	
d) Byla Vám provedena laboratorní nebo jiná vyšetření, která dosud nebyla udána? Která?	

8. a) Byl jste jinak vyšetřován nebo ošetřován v nějaké nemocnici?	
b) Byl jste v lázních? V odvykacích kúrách?	
c) Byl jste v nějakém rehabilitačním středisku?	

9. Byl jste vyšetřován již pro účely pojištění? Kdy? Pro jakou pojišťovnu?	
--	--

10. a) Který lékař Vás obvykle ošetřuje? Jméno lékaře, adresa:	
b) Vyšetřovali Vás v posledních pěti letech jiní lékaři kromě již jmenovaných? Kteří?	

Prohlašuji, že výše uvedené otázky jsem zodpověděl pravdivě a úplně. Mé odpovědi, které jsem pro kontrolu přečetl, jsou ve výše uvedeném zápisu reprodukovány správně. Současně beru na vědomí, že vědomě nepravdivé údaje ve smyslu zákonných předpisů mohou mít za následek neplatnost pojistné smlouvy a že laboratorní vyšetření, pro uzavření pojištění každopádně potřebné, obsahuje též test na HIV.

Datum		Místo		Podpis	
-------	--	-------	--	--------	--

II. Nález vyšetření

1. Výška v cm:		Váha v kg:	
----------------	--	------------	--

2. Jsou na následujících orgánech chorobné změny nebo odchylky od normy?	Tep:		Krevní tlak:	
a) srdce a krevní oběh, které?				
b) plíce a dýchací orgány, které?				
c) zažívací orgány, žaludek, střeva, játra, žlučník, pankreas, které?				
d) močové a pohlavní orgány, které?				
e) nervový systém, kostra, uši a oči, kůže, které (reflexy)?				

3. a) Byly zjištěny další chorobné a dosud neudané nálezy (např. diabetes mellitus, zduření lymfatických uzlin, onemocnění krve nebo imunitního systému)? Které?	
b) u žen: onemocnění ženských orgánů? Které?	

4. Popis EKG	
--------------	--

5. Kdy a kde se konalo vyšetření?	
-----------------------------------	--

Chemický laboratorní nález

Byla krev odebrána na lačno?	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	Datum a hodina odběru krve:	
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--

Malý chemický laboratorní nález TYP A

Krevní cukr nalačno nebo pp. (proved'te prosím ihned po odběru)

GMT

Celkový cholesterol

Vyšetření moči

Originál výsledků z laboratoře prosím přiložte:

Pro posouzení rizika jsou jako výsledek vyšetření rozhodující i jiná hlediska. Proto Vás prosíme, abyste vyšetřovanému sdělil možné chorobné nálezy, ale žádné úsudky o způsobilosti k pojištění. Zprávu odešlete prosím, co nejdříve do naší pojišťovny.
Které nálezy jste sdělil?

Malý chemický laboratorní nález TYP B

Krevní cukr nalačno nebo pp. (proved'te prosím ihned po odběru)

GMT

Celkový cholesterol

Vyšetření moči

TGL

KO

Kyselina močová

ALT

Originál výsledků z laboratoře prosím přiložte:

Pro posouzení rizika jsou jako výsledek vyšetření rozhodující i jiná hlediska. Proto Vás prosíme, abyste vyšetřovanému sdělil možné chorobné nálezy, ale žádné úsudky o způsobilosti k pojištění. Zprávu odešlete prosím, co nejdříve do naší pojišťovny.
Které nálezy jste sdělil?

Datum:

Místo:

Výše honoráře:

Číslo účtu:

Otisk razítka a podpis lékaře, telefon