

Pojištěný

Jméno, příjmení a titul	Rodné číslo	Datum narození
Adresa - ulice (místo), č.p.	Telefon	
Fax	E-mail	

Při příbuzenském vztahu k pojištěné osobě prosím neprovádět vyšetření.

Každou z následujících otázek kladte prosím jednotlivě, hodící se odpověď zakřížkujte a u "ano" vysvětlete. Pečlivým zodpovězením zamezíte časově náročným zpětným dotazům.

I. Prohlášení pojištěného před lékařem

1. Vyskytly se u rodičů nebo sourozenců srdeční nebo cévní choroby, duševní nebo nervová onemocnění, cukrovka nebo zhoubné nádory (věk, při úmrtí, příčina)?

ne ano Které? U koho? _____

2. Máte nebo měl jste nemoci, poruchy nebo potíže:

a) srdce nebo oběhových orgánů , např. srdeční vadu (vrozenou nebo získanou), angínu 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?	ano <input type="checkbox"/>	h) smyslových orgánů , jako např. uší (např. nedoslýchavost) nebo očí (např. snížená ostrost vidění, uveďte počet dioptrií)?	ano <input type="checkbox"/>	
	ne <input type="checkbox"/>	pravé oko ±	levé oko ±	ne <input type="checkbox"/>

b) dýchacích orgánů , např. opakovanou nebo déle trvající bronchitidu, zápal plic, pleuritidu, astma nebo onemocnění hrtanu?	ano <input type="checkbox"/>	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, ledvinné koliky?	ano <input type="checkbox"/>
	ne <input type="checkbox"/>		ne <input type="checkbox"/>

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?	ano <input type="checkbox"/>	j) nervů , mozky nebo míchy; emoční nebo duševní poruchy, např. epilepsii, deprese, resp. následující symptomy: sebevražedné pokusy, ochrnutí, mdloby, závratě, časté bolesti hlavy?	ano <input type="checkbox"/>
	ne <input type="checkbox"/>		ne <input type="checkbox"/>

d) krve nebo krevní srážlivosti , obzvláště změny červeného nebo bílého krevního obrazu?	ano <input type="checkbox"/>	k) nádory (nezhoubné, zhoubné) nebo zduření lymfatických uzlin, abnormální hmotnostní úbytek?	ano <input type="checkbox"/>
	ne <input type="checkbox"/>		ne <input type="checkbox"/>

e) cukrovku , poruchy metabolismu tuků (cholesterol, triglyceridy), dnu (kyselina močová) nebo poruchy funkce štítné žlázy?	ano <input type="checkbox"/>	l) infekční nemoci (akutní nebo chronické), např. tuberkulózu, pohlavní nemoci, onemocnění imunitního systému atd.?	ano <input type="checkbox"/>
	ne <input type="checkbox"/>		ne <input type="checkbox"/>

f) kůže, kostí nebo kloubů?	ano <input type="checkbox"/>	m) revmatické potíže?	ano <input type="checkbox"/>
	ne <input type="checkbox"/>		ne <input type="checkbox"/>

g) u žen kromě tohoto : onemocnění prsů nebo orgánů podbřišku? Jste těhotná? Pokud ano, uveďte ve kterém měsíci?	ano <input type="checkbox"/>	n) jiné nemoci , neduhy nebo potíže, na něž nebylo výslovně dotazováno?	ano <input type="checkbox"/>
	ne <input type="checkbox"/>		ne <input type="checkbox"/>

3. Vysvětlivky: druh onemocnění, poruch, potíží: Od kdy? Do kdy? Jak často? Jméno lékaře, adresa.

4. a) Jaká je Vaše průměrná denní spotřeba alkoholu, resp. nikotinu?	alkohol	_____	nikotin	_____
b) Bral jste pravidelně léky (obzvláště na srdce a krevní oběh, léky snižující hladinu krevního cukru nebo krevní tlak)? Jaké?	_____			
c) Berete nyní léky? Které? Dávka?	_____			
d) Byla nebo je u Vás závislost na lécích, resp. omamných látkách?	_____			

5. a) Utrpěl jste úrazy, zranění nebo otravy? Jakého druhu? Jaké jsou následky?	_____
b) Máte sníženou pracovní schopnost?	_____
c) Žádal jste o důchod, pobíráte nebo pobíral jste důchod? Procenta snížení pracovní neschopnosti? Zdůvodnění výměru o důchodu?	_____

Pokud ano, z jaké příčiny a jakého stupně byl invalidní důchod přiznán.

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. chemoterapii?	
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?	
<p>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.</p>	
Datum	Místo
	Podpis

II. Nález vyšetření	
Vyšetřoval jste již pojišťovanou osobu, radil jste ji nebo ošetřoval ji?	
Když ne, čím byla zjištěn identita?	
1. Tělesné rozměry:	vyplnit od pojistné částky 2 mil. Kč:
výška v cm: <input type="text"/> váha v kg: <input type="text"/>	obvod hrudníku <input type="text"/> obvod pasu <input type="text"/>
Dělá vyšetřovaná osoba jejímu věku odpovídající, zdravý, svěží dojem?	konstituční typ <input type="text"/>
ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
2. Existuje anomálie kostry, resp. pohybového ústrojí?	
3. Existují nemoci kůže, resp. sliznic?	
4. Existují onemocnění smyslových orgánů?	
5. Existují nemoci nervového systému, resp. psychy, obzvláště abnormální reflexy (reakce zornic, patelární reflex a reflex Achillovy šlachy, Romberg)?	
6. Existují nemoci endokrinního systému, obzvláště diabetes mellitus nebo onemocnění štítné žlázy?	

7. Srdce a krevní onemocnění

a) Je srdce zvětšené? (doleva, doprava, konfigurace, abnormální poloha nebo jakost úderů srdečního hrotu)

b) Je srdce přesunuto?

c) Jsou srdeční ozvy čisté a normálně zdůrazněné?

d) Jsou šelesty? Jaké? Kde?

e) Jsou šelesty podmíněné organicky?

f) Krevní tlak a tepové frekvence:

Pokud jsou k dispozici dřívější hodnoty krevního tlaku, prosíme uvést

kr. tlak v mm/Hg. tepů/min	systol.	<input type="text"/>	diastol.	<input type="text"/>
-------------------------------	---------	----------------------	----------	----------------------

datum: v klidu

<input type="text"/>	po zatížení	<input type="text"/>	doba návratu	<input type="text"/>
----------------------	-------------	----------------------	--------------	----------------------

kr. tlak:
mm/HG

syst/diast	syst/diast	syst/diast
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

g) Je tep v klidu a po zatížení stejný a pravidelný?

Pokud ne, v čem spočívají odchylky?

U extrasystol: kolik za minutu v klidu a po zatížení?

h) Příznaky insuficience nebo dekompenzace (dušnost, cyanóza, otoky)?

i) Jsou tepenné tepy normální a normálně hmatné?

j) Jsou křečové žíly? Rozsah otoků?
(tloušťka, rozšíření, vředy)

l) Můžete ještě něco udat o srdci a oběhu?

m) Popis EKG

8. Dýchací orgány:

a) Chrapot? Kašel?

b) Tvar vyklenutí hrudníku?

c) Výsledek poklepu a poslechu?

d) Nemoci dýchacích orgánů?

9. Zažívací orgány:

a) Patologický nález na jazyku, mandlích chrupu, hltanu?

b) Výsledek inspekce, palpce a perkuse břicha?

c) Nemoci zažívacího traktu, jater, žlučníku, pankreatu nebo sleziny?

10. Močové a pohlavní orgány:

a) chemická analýza moči

bílkoviny

cukr

krev

dusitany

dusitany

ketony

urogen

bilirubin

sediment

b) nemoci močových, resp. pohlavních orgánů?

c) u žen:

Je podezření na onemocnění ženských orgánů (obzvláště též prsů)?

Pokud ano, které onemocnění? Těhotenství? Normální průběh?

11. Ostatní:

- a) Zjistil jste další chorobné a dosud neudané nálezy (např. alergie, zduření lymfatických uzlin, onemocnění krve nebo imunitního systému atd.)?
- b) Považujete jiné, dosud nezminěné okolnosti, za hodny sdělení?
- c) Považujete za účelné vyzvednout si nález obvodního nebo jiného lékaře?
- d) Jaká doplňková vyšetření (např. laboratorní nálezy) doporučujete?
- e) Lze podle Vašich zkušeností očekávat předčasné ohrožení výkonu povolání?

Chemický laboratorní nález

Byla krev odebrána na lačno? ano ne Datum a hodina odběru krve

Malý chemický laboratorní nález

krevní cukr nalačno nebo pp. (provedte prosím ihned po odběru)	<input type="text"/>	GMT	<input type="text"/>
celkový cholesterol	<input type="text"/>	test HIV	<input type="text"/>

Velký chemický laboratorní nález

Celkový krevní obraz včetně diferenciálu:

Ery	<input type="text"/>	seg.	<input type="text"/>	baso	<input type="text"/>
HB	<input type="text"/>	tyč.	<input type="text"/>	mono	<input type="text"/>
HtK	<input type="text"/>	eos.	<input type="text"/>	lymfo	<input type="text"/>
Leuko	<input type="text"/>				
krevní cukr na lačno nebo pp.	<input type="text"/>	sérový bilirubin	<input type="text"/>		
kreatinin	<input type="text"/>	ALT	<input type="text"/>		
kyselina močová	<input type="text"/>	AST	<input type="text"/>		
celkový cholesterol	<input type="text"/>	GMT	<input type="text"/>		
triglyceriny	<input type="text"/>	test HIV	<input type="text"/>		

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: <input type="text"/>	Místo: <input type="text"/>	Výše honoráře: <input type="text"/>
Číslo účtu: <input type="text"/>	Otisk razítka a podpis lékaře, telefon <input type="text"/>	