



Dotazník o zdravotnom stave poisteného

Priezvisko, meno, titul																													
Ulica, číslo, miesto																													
PSČ								Telefón																					
Zamestnanie																													
Číslo poisťnej zmluvy								Rodné číslo								/													

Meno, adresa, telefónne číslo lekára, u ktorého má poistený zdravotnú kartu v evidencii.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Výška
poisteného

--	--	--

 cm

 Hmotnosť
poisteného

--	--	--

 kg

	ÁNO	NIE
1) Fajčili ste v posledných 12 mesiacoch cigarety, cigary, fajku alebo ste inak užívali tabak? (ak áno, konkretizujte a uveďte denné množstvo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Utrpeli ste úraz, ktorý zanechal trvalé následky, alebo v posledných troch rokoch akýkoľvek úraz? (ak áno, uveďte aký úraz, kedy, dĺžku a spôsob liečby, následky úrazu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ste alebo boli ste liečený alebo sledovaný pre nižšie uvedené ochorenia alebo sa u Vás vyskytli ich príznaky: (ak áno, uveďte ochorenie/príznaky, odkedy, súčasný stav) <ul style="list-style-type: none"> • ochorenie srdca, ciev, vysoký krvný tlak, mozgová alebo srdcová príhoda • nádorové ochorenie, ochorenie lymfatických uzlín • ochorenie pľúc a dýchacích ciest, astma • ochorenie krvi • ochorenie tráviaceho traktu, pečene, pankreasu, poruchy metabolizmu, cukrovka • ochorenie štítnej žľazy, endokrinného systému • ochorenie močového a pohlavného systému • AIDS, HIV-pozitivita, hepatitída, TBC; infekčné ochorenia, ktoré zanechali následky • nervové alebo psychické poruchy; chronický únavový syndróm • liečba v dôsledku užívania alkoholu, liekov, drog alebo inej závislosti, príp. odporúčenie na liečbu • poškodenie alebo ochorenie očí, uší • neuritída, ischias, reumatizmus, artritída, dna, psoriáza, ochorenie alebo poškodenie svalov, kostí, kĺbov, chrbtice • iné ochorenia, poškodenia 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Máte v najbližších 6 mesiacoch plánovanú akúkoľvek operáciu? (ak áno, uveďte dôvod, diagnózu, dátum, nemocnicu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, od kedy, ako často)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Vyskytli sa u Vašich rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov ochorenia srdca, nádory, mozgová príhoda, skleróza multiplex, polycystické ochorenie obličiek, cukrovka, dedičné ochorenia, Alzheimerova alebo Parkinsonova choroba? <i>na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia kritických chorôb</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Ste uznaný invalidným alebo žiadali ste o invalidný dôchodok? (ak áno, uveďte dôvod, obdobie od - do, % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania - rekreačne, amatérsky, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ste vystavený zvláštnym nebezpečenstvám pri pracovných alebo iných činnostiach, napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, parašutizmus, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, horolezectvo a pod.? (ak áno, konkretizujte druh činnosti a ako často za rok sa činnosti venujete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Ste pravák? <i>na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia trvalých následkov úrazu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

