

ВЪПРОСНИК ЗА РАННО ОТКРИВАНЕ НА СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ
ДАНИИ:

Кандидат: _____ ЕГН: _____
 Адрес: _____ Моб.тел.: _____ e-mail: _____
 Име на личен лекар: _____

ВЪПРОСИ:

Възраст: _____ г Ръст: _____ см Тегло в кг: _____ кг Хранене: _____ бр. дневно Стрес: _____ Не _____ Да _____
 Тютюнопушене: _____ Не _____ Да _____ Ако Да, от колко години? _____ Употреба на алкохол ежедневно: _____ Не _____ Да _____

1. Упражнявате ли спорт? Ако Да, какъв и колко често?

_____ Не _____ Да _____

2. Свързана ли е работата Ви със седене? Ако Да, колко време прекарвате седнал през деня?

_____ Не _____ Да _____

3. Имате ли установени вродени аномалии, малформации? Ако Да, какви?

_____ Не _____ Да _____

4. Имате ли придобити увреждания вследствие на претърпяна злополука? Ако Да, какви?

_____ Не _____ Да _____

5. Определяна ли Ви е % инвалидност от ТЕЛК(НЕЛК)? Ако Да, кога, за какво и колко %?

_____ Не _____ Да _____

6. Имате ли диагностицирано хронично заболяване? Ако Да, какво?

_____ Не _____ Да _____

7. Правена ли Ви е, или препоръчана операция? Ако Да, кога? За какво?

_____ Не _____ Да _____

8. Лекувани ли сте повече от 30 дни през последните 2 години? Ако Да, от какви болести? Къде е провеждано лечението?

_____ Не _____ Да _____ Болница _____ Домашно лечение _____

9. Употребявате ли медикаменти? Ако Да, по каква причина? Какви?

_____ Не _____ Да _____

10. Имате ли алергии и/или автоимунни заболявания? Ако Да, какви?

_____ Не _____ Да _____

11. Имате ли или имали ли сте ортопедични заболявания (счупвания на костите, травми на стави и връзки на ставния апарат, вложени остеосинтезни материали и импланти и т.н.)? Ако Да, какви?

_____ Не _____ Да _____

Ако Ви е или Вашите родители, баби, дядовци, братя, сестри или деца боледувате или имате някое от изброените по-долу заболявания, моля отбележете. Ако маркирате отговор Да, че някой от изброените родственици, са с установени такива, моля опишете кой е.

12. Имате ли или имали ли сте заболявания на сърдечно-съдовата система (хипертония, стенокардия, исхемия, инфаркт, ангина пекторис и т.н.)? Ако Да, какво точно?

_____ Не _____ Да _____ Роднина - _____

13. Страдате ли или страдали ли сте от заболяване на дихателната система (хроничен бронхит, емфизем, бронхиална астма, туберкулоза, професионално белодробно заболяване и т.н.)? Ако Да, какво?

_____ Не _____ Да _____ Роднина - _____

14. Страдате ли от заболявания на ендокринната система (захарен диабет, болести на щитовидната жлеза, болести на хипофизата и т.н.)? Ако Да, какво?

_____ Не _____ Да _____ Роднина - _____

15. Имате ли или имали ли сте заболявания на нервната система (дископатии, дискови хернии, травми на мозъка, главата или гръбнака, инсулти, парези, епилепсия, радикулит, полиневропатии и т.н.)? Ако Да, какво?

_____ Не _____ Да _____ Роднина - _____

16. Имате ли или имали ли сте от заболявания на отделителната система (бъбречно каменна болест, хронична бъбречна недостатъчност, пиелонефрит, гломерулонефрит и т.н.)? Ако Да, какво?

_____ Не _____ Да _____ Роднина - _____

17. За Жени - Имате ли или имали ли сте гинекологични заболявания (миома, тежки кръвотечения, заболяване на шийката на матката, яйчникови кисти, овариална дисфункция, болести на млечните жлези и т.н.)? Ако Да, какви?

_____ Не _____ Да _____ Роднина - _____

18. За Мъже - Имате ли или имали ли сте заболявания на половата система (хипертрофия на простатата, карцином на простатата, заболявания на тестисите и т.н.)? Ако Да, какви?

_____ Не _____ Да _____ Роднина - _____

19. Имате ли роднина диагностициран и боледувал от онкологично заболяване? Ако Да, кой и от какви онкологични заболявания?

_____ Не _____ Да _____

Декларирам, че съм отговорил/а пълно, изчерпателно и вярно на поставените по-горе въпроси.

Дата: _____

ДЕКЛАТОР
(кандидат за застраховане)

(име и подпис)