

# Ankieta medyczna ubezpieczenia Compensa Zdrowie

Nr wniosku

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Imię, nazwisko, PESEL, adres Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

## I. PYTANIA DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

Szanowni Państwo, Prosimy o udzielenie dokładnych odpowiedzi na wszystkie pytania przez wszystkich Ubezpieczonych. **W przypadku odpowiedzi "Tak" prosimy o podanie dodatkowych informacji w odpowiednich rubrykach z oznaczeniem, którego z Ubezpieczonych informacje te dotyczą (U1, U2, U3, U4).** Jeżeli poniższe rubryki okażą się niewystarczające do udzielenia wyczerpujących wyjaśnień, prosimy o dołączenie dodatkowego kwestionariusza zawierającego wyjaśnienia.

Pytania dotyczące zdrowia Ubezpieczonego	U1		U2		U3		U4	
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
1. Wzrost w cm								
2. Waga ciała w kg								
3. Czy w ciągu ostatnich 10 lat był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie lub operowany/a? Prosimy o dołączenie kserokopii kart informacyjnych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy był/a Pan/Pani badany/a, kontrolowany/a lub konsultowany/a przez lekarza w okresie ostatnich 5 lat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy w ciągu ostatnich 5 lat zalecono Panu/Pani stosowanie leków przez okres dłuższy niż 14 dni lub obecnie przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy w ciągu ostatnich 10 lat kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani poniższe dolegliwości lub choroby: (proszę podać szczegółowe informacje: rodzaj dolegliwości, postawione rozpoznanie choroby, data rozpoczęcia i zakończenia leczenia, stosowane lub planowane leczenie);								
a) choroby nowotworowe (nowotwory łagodne i złośliwe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) bóle w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, kołatania serca, choroba niedokrwienna serca, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, wada serca, niewydolność krążenia, udar mózgu, inne choroby lub dolegliwości układu krążenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) przewlekła chrypka lub kaszel, duszność, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, inne choroby lub dolegliwości układu oddechowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) nawracające bóle brzucha, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, choroby wątroby lub pęcherzyka żółciowego, choroby trzustki, choroby jelit, inne choroby lub dolegliwości przewodu pokarmowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) zapalenie nerek, kamica układu moczowego, nawracające zakażenia układu moczowego, patologie narządu rodowego u kobiet, patologie sutka (torbiele, guzki, bolesność, obrzęk, itp.), inne choroby lub dolegliwości układu moczowego lub płciowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) podwyższony poziom cukru, cholesterolu lub trójglicerydów, cukrzyca, dna moczanowa, choroby tarczycy, inne zaburzenia hormonalne lub metaboliczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) wirusowe zapalenie wątroby, choroby odzwierzęce, inne choroby zakaźne, w tym przenoszone drogą płciową?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), choroby związane z AIDS, dodatni wynik badania w kierunku wirusa HIV lub obecność przeciwciał anti-HIV w badaniach laboratoryjnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) omdlenia, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, padaczka, zaburzenia psychiczne, nerwica, depresja, inne choroby lub dolegliwości układu nerwowego lub psychiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) dyskopatie, zwyrodnienia, stany zapalne kości lub stawów, inne choroby lub dolegliwości układu kostnego, stawowego lub mięśniowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) choroby oczu, uszu oraz zaburzenia wzroku lub słuchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) inne choroby, schorzenia lub dolegliwości, które nie zostały wymienione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy jest Pani w ciąży? Jeśli tak, to proszę dołączyć kopię karty ciąży oraz podać miesiąc ciąży.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy w ciągu ostatnich 5 lat otrzymał/a Pan/Pani zwolnienie lekarskie na okres dłuższy niż 30 dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się lub otrzymał/a Pan/Pani rentę chorobową (inwalidzką), świadczenia rehabilitacyjne lub stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy uprawia Pan/Pani wyczynowo sport lub przynależy do klubu sportowego? Czy ma Pan/Pani hobby lub spędza czas w sposób ogólnie uznawany za niebezpieczny? (np. sporty walki, nurkowanie na głębokość poniżej 15 m, wspinaczka skałkowa lub wysokogórska, speleologia, sporty motorowe i lotnicze, spadochroniarstwo, skoki na linie, itp.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy posiada Pan/Pani ubezpieczenie zdrowotne? Jakiego rodzaju (np. koszty leczenia, świadczenie szpitalne, świadczenie operacyjne)? Na jaki okres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Proszę podać imię, nazwisko, adres, ewentualnie telefon Pani/Pana lekarza rodzinnego lub prowadzącego.								
13. Czy jest Pani / Pan w trakcie leczenia? Rodzaj stosowanego leczenia i planowana data zakończenia leczenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czy planowane lub zalecane jest leczenie (szpitalne, ambulatoryjne)? Jakiego rodzaju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Czy wykorzystany został dodatkowy kwestionariusz dotyczący informacji szczegółowych w związku z powyższymi pytaniami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nr wniosku**

**Informacje szczegółowe dotyczące pytań 3 - 14**

Oznaczenie Ubezpieczonego	Numer pytania	Opis - np. rodzaj choroby, dolegliwości, rozpoznanie, data rozpoczęcia i zakończenia leczenia, stosowane lub planowane leczenie, stopień uszczerbku na zdrowiu
__-__	__-__	
__-__	__-__	
__-__	__-__	
__-__	__-__	
__-__	__-__	
__-__	__-__	
__-__	__-__	

**2. ZAŁĄCZNIKI**

\_\_\_\_\_  
data, miejscowość

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Ubezpieczającego

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Ubezpieczonego U1

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Ubezpieczonego U2

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Ubezpieczonego U3

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Ubezpieczonego U4