



Egészségi nyilatkozat Best Doctors® Egészségbiztosításokhoz

Közvetítői kód: _____

Ajánlatszám: _____

Név: _____

Születési idő: _____

1) Az elmúlt 10 évben bármikor diagnosztizáltak vagy kezelték az alábbi betegségek bármelyikével vagy az alábbi betegségek bármelyikével összefüggésben?

Igen Nem

- a. a rák (rosszindulatú daganat) bármilyen formájával, leukémiával, Hodgkin-kórral, limfómával, szarkómával vagy melanomával;
- b. rákos, rosszindulatú daganatos állapotot megelőző elváltozással, borderline típusú daganattal, diszpláziával, prosztatata megnagyobbodással, emelkedett PSA értékkel, nem negatív eredményt adó méhnyak szűréssel vagy mammográfiával, pajzsmirigy túlműködéssel, vastagbél, vékonybél vagy gyomor polippal, vagy olyan anyajeggel, illetve szepplővel, mely vérzett, fájdalmassá vált, színében megváltozott vagy méretében megnőtt, és mindezen állapotok miatt tartós nyomonkövetés, kontroll vizsgálatok váltak szükségessé;
- c. bármely vérképzőszervi vagy örökletes immunrendszeri rendellenességgel, mely egy hónapnál hosszabb, ismétlődő vagy folyamatos kezelést igényelt, és amely kezelés nem (csak) speciális diétából állt (ilyen rendellenességek például: aplasztikus anémia, limfóma, leukémia, mielóma multiplex, mielodiszpláziás szindróma (MDS), sarlósejtes anémia (SCD), thalassémia);
- d. bármilyen, az agyban vagy az agy körül megjelenő
 - tumorral, cisztával vagy
 - érrendszeri, keringési zavarral, betegséggel, ideértve a stroke-ot, átmeneti ischaemiás rohamot (TIA-t), agyvérzést, agyér rendellenességeket (arteriovenosus malformációt (AVM-et), aneurizmát, trombózist, embóliát);
- e. bármilyen szívbetegséggel (például szívrohammal, anginával, szívér rendellenességekkel, szívbillentyű zavarokkal, szívzörejssel, reumás lázzal, szívelégtelenséggel, szívnagyobbodással, kardiomiopátiával);
NEM-mel felelhet, amennyiben Önt csak magas vérnyomással és/vagy magas koleszterin-szinttel kezelték vagy kezelik;
- f. cukorbetegséggel;
NEM-mel felelhet, amennyiben Önt csak terhességi cukorbetegséggel kezelték vagy kezelik;
- g. krónikus veseelégtelenséggel, dialízissel, májzsugorodással vagy krónikus májelégtelenséggel.



2) Diagnosztizáltak a vér szerinti szüleinél vagy testvéreinél 50. születésnapjuk előtt szív- és érrendszeri betegséget (szívromahot, stroke-ot), polycystás vesebetegséget, melanomát, rosszindulatú daganatot a bélhuzamban, emlőben, vastagbélben, petefészekben, prosztatában, hasnyálmirigyben vagy vesében, illetve hajtottak-e rajtuk végre bypass műtétet az 50. születésnapjuk előtt?

Igen Nem

3) Jelenleg észlel-e vagy az elmúlt 6 hónapban észlelt-e Ön vagy orvosa az alábbiak közül olyan tünetet, melynek kivizsgálása még nem fejeződött be vagy el sem kezdődött?

Igen Nem

Ilyen tünetek: csomó a mellben vagy a herékben, végbél vérzés, véres vizelet, szokatlan köhögés, sárgaság, látszólag ok nélküli fogyás, egyre gyakoribbá váló és/vagy erősödő fejfájás, látászavarok (homályos/kettős látás, látszólag ok nélküli látásvesztés), látszólag ok nélküli hallásvesztés, beszédnehézségek, végtagok gyengesége, rohamok, görcsök, ájulás, rendellenes vérvizsgálati eredmények.

4) Rendelkezik előjegyzési időponttal szakorvosi, kórházi vizsgálatra, vagy jelenleg szervez-e ilyen, melynek célja a 3. kérdésben felsorolt tünetek feltárása, kivizsgálása, vagy vár jelenleg bármilyen teszt, vizsgálat eredményére ezekkel a tünetekkel kapcsolatban?

Igen Nem

5) Vett részt emlő MRI vizsgálaton az elmúlt 12 hónapban?

Igen Nem

6) Átesett már szervátültetésen, vagy volt olyan betegsége, melynek kezelésére a szervátültetést javasolták, vagy rajta van szervátültetési várólistán?

Igen Nem

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____

Biztosított/Törvényes képviselő
saját kezű aláírása