



**PANNÓNIA**  
ÉLETBIZTOSÍTÓ

Közvetítői kód:

1 2 0 0 0 1 8 0 3

# Egészségi nyilatkozat

**BESTENS**  
CONSULTING

Ajánlatszám:

Név:														
Születési idő:											Családi állapot:			

## Háziorvosa adatai:

Név:													
Rendelő címe:													
Telefonszám:													
E-mail cím:													

**1) Családi anamnézis:** Szülő, vagy testvér 65 éves kora előtt diagnosztizáltak-e bármelyiket a következő betegségek közül, IGEN:  NEM:   
 vagy elhunyt-e szülő, testvér 65 éves kora előtt a következő betegségek bármelyikben: rosszindulatú daganatos betegség, szív- és érrendszeri betegség (szívinfarktus, stroke), magas vérnyomás, cukorbetegség, vesebetegség vagy bármely öröklődő betegség, illetve történt-e öngyilkosság?

Kérjük, adja meg a betegséget:	Az érintett személy(ek) kora (a diagnózis megállapításakor)	év
Kérjük, adja meg a betegséget:	Az érintett személy(ek) kora (a diagnózis megállapításakor)	év

**2) Dohányzik?** IGEN:  NEM:

Mennyi dohányárut (cigaretta/szivar/pipa) szív naponta?  szál Hány éve?  éve

Ha abbahagyta, hány éve tette?  éve Előtte hány évig dohányzott?  év

**3) Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt?** IGEN:  NEM:

Mit? sör, bor, égetett szesz, pezsgő, koktél – Húzza alá a megfelelőt!

Naponta mennyit fogyaszt?  üveg vagy pohár Húzza alá a megfelelőt! Vett-e részt alkohol-elvonókúrán? IGEN:  NEM:

**4) Használ vagy használt-e tudatmódosító szert?** (hallucinogén, disco-drog, designer drog) IGEN:  NEM:

Mit használ?  Mióta?  éve Vett-e részt kábítószer-elvonókúrán? IGEN:  NEM:

**5) Jelenlegi testsúly:**  kg **Testmagasság:**  cm

**6) Az aktuális (jelenleg mért) vérnyomása:**  /  Hgmm **Pulzusszáma:**  /perc

**7) Rendszeresen szed gyógyszert, illetve 1 éven belül rendeltek Önnek rendszeres szedésre gyógyszert?** IGEN:  NEM:   
 (Hölgyek esetében, kivétel a fogamzásgátló tablettá)

Mit? (gyógyszer(ek) neve)

Milyen okból? (diagnózis)

Milyen tünet/panasz miatt?  Mióta szedi, milyen rendszerességgel?

Milyen adagban  (mg, g, µg)  nap, hét **Jelenleg szedi-e gyógyszerét?** IGEN:  NEM:

**8) Az elmúlt 2 évben részt vett szakorvosi vizsgálaton, ill. jelenleg rendszeres orvosi kezelésben, gondozásban részesül-e?** IGEN:  NEM:

Milyen okból?

**9) Volt-e műtétje? – Kérjük, csatolja a zárójelentést, amennyiben történt szövettani vizsgálat, úgy annak eredményét!** IGEN:  NEM:

Mi okból?  Mikor?  Milyen műtét?

**Terveznek Önnél a közeljövőben műtétet?** IGEN:  NEM:

Milyen műtétet, mi okból, mikorra van előjegyezve?

**10) Feküdt valaha kórházban/szanatóriumban? Kérjük, csatolja a zárójelentést!** IGEN:  NEM:

Mi okból?  Mikor?  Mennyi ideig?

**11) Volt valaha munkaképesség-csökkenés, egészségkárosodás és/vagy igazságügyi orvos szakértői vizsgálata?** IGEN:  NEM:

Kérjük, csatolja az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumokat, melyben az Ön egészségi állapotát írják le!

Mikor?  Milyen alapbetegséggel?  Eredménye (mértéke)  %

**12) Volt valaha sérülése, balesete, mérgezése, öngyilkossági kísérlete? Kérjük, húzza alá a megfelelőt!** IGEN:  NEM:

Kérjük, csatolja a zárójelentést, ambuláns lapot! Mikor?  Kezelés vagy műtét történt? Kérjük, húzza alá!

**13) Megállapítottak Önnél valaha, vagy jelenleg van bármilyen betegsége a lent felsoroltak közül?**

Kérjük, aláhúzással jelölje a kórismét, valamint csatolja a leleteit!

<b>A. Szív- és érrendszeri betegség</b> pl. szívbillentyű-betegség, szívritmus zavar, aritmia, mellkasi szorítás (angina), szívinfarktus, stroke, embólia, agyvérzés, érszűkület, szívkoszorúér betegség, trombózis, egyéb	IGEN:	NEM:
<b>Magasvérnyomás-betegség</b> esetében az aktuális (jelenleg mért) vérnyomása: _____ / _____ Hgmm Pulzusszáma: _____ /perc		
Diagnózis időpontja? _____ Diagnózis: _____		
<b>B. Légzőszervi betegség</b> pl. asztma, COPD, tüdőtágulás, krónikus hörghurut, ismétlődő tüdőgyulladás, tuberkulózis, egyéb	IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____ Diagnózis: _____		
<b>C. Anyagcsere betegség</b> pl. cukorbetegség, magas koleszterin, triglicerid, húgysav szint, köszvény, csonttrikulás, egyéb	IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____ Diagnózis: _____		
<b>D. Emésztőrendszeri betegség</b> pl. gyomor- és/vagy nyelőcsőfekély, máj, epehólyag, hasnyálmirigy, vékonybél, vastagbél, egyéb	IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____ Diagnózis: _____		
<b>E. Vizeletkiválasztó rendszer és ivarszervek betegsége</b> pl. vesegyulladás, veseciszta, vesemedence- vagy húgyhólyaggyulladás, kóros vizelet, prosztatagyulladás, heregyulladás, méh-elváltozás, petefészek-elváltozás, mellváltozás, egyéb	IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____ Diagnózis: _____		
<b>F. Hormonális betegség</b> pl. pajzsmirigybetegség, mellékpajzsmirigy-betegség, mellékvese, agyalapi mirigy, egyéb	IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____ Diagnózis: _____		
<b>G. Vérbiztonsági betegség, immunrendszeri betegség, egyéb</b>	IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____ Diagnózis: _____		
<b>H. Idegrendszeri/Pszichiátriai betegség</b> pl. depresszió, pánikbetegség, bémulás, epilepszia, agyi- és gerincvelő-betegségek, agyi cysta, agyi, gerincvelői ill. agyburok daganatok, sclerosis multiplex, érzékszervi károsodás (hallás, látás, ízlelés, szaglás), egyéb	IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____ Diagnózis: _____		
<b>I. Daganatos betegség</b> pl. rosszindulatú daganat, jóindulatú daganat, egyéb	IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____ Diagnózis: _____		
<b>J. Mozgásszervi betegség</b> pl. gerinc, csípő, térd, egyéb ízület	IGEN:	NEM:
Diagnózis időpontja? _____ Diagnózis: _____		
Használ segédeszközt a közlekedéshez? Mit, miért?	IGEN:	NEM:

**14) Tud saját egészségi állapotával kapcsolatban bármely olyan elváltozásról, betegségről, tartósan fennálló laboreltérésről, folyamatban lévő kivizsgálásról, amire a fentiekben konkrétan nem kérdeztünk rá?**

Kérjük, részletezze!

**15) Végez-e sporttevékenységet?**

Mit?	Milyen rendszerességgel? napi / heti / alkalmanként	Versenyző?	IGEN:	NEM:
			IGEN:	NEM:

Jelen egészségi nyilatkozattal egyidejűleg leadott orvosi dokumentumok száma: \_\_\_\_\_ db

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

Kelt: \_\_\_\_\_ 2 | 0 | év | | hó | | nap |

\_\_\_\_\_  
 Biztosított/Törvényes képviselő  
 saját kezű aláírása