



**PANNÓNIA**  
ÉLETBIZTOSÍTÓ

Közvetítői kód:

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

# ORVOSI VIZSGÁLAT

Ajánlatszám:

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

## A Biztosított adatai:

Név:		Neme:	<input type="checkbox"/> Férfi	<input type="checkbox"/> Nő																
Születéskori név:		Születési idő:	Év	Hó	Nap															
Állandó lakcím (irányítószám, helység):		Születési hely:																		
Utca, házászám, emelet, ajtó:		Személyi igazolvány száma:																		
Foglalkozás:																				

## 1. Szív és keringési rendszer

1.1	Jelentkezett-e szapora vagy rendetlen szív működés, légszomj, fulladás, szív táji nyomás, terheléskor a bal karba, nyakba vagy hátra sugárzó fájdalom, lábdagadás, éjszakai vizelés? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
1.2	Van-e adat szívizom és/vagy szívbelhártya-gyulladás, szívbillentyűhiba, koszorúér-betegség vagy egyéb érszűkület, magas vérnyomás, agyi-érkatasztrófa, átmeneti agy keringési zavar előfordulására? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM

## 2. Légzőszervek

2.1	Jelentkezett-e tartós köhögés, véres köpet, rekedtség, légszomj? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
2.2	Van-e adat tbc, szarkoidózis, tüdő asztma, krónikus hörghurut vagy krónikus obstruktív tüdőbetegség, fibrózis, légmell, egyéb légzőrendszeri betegség előfordulására? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM

## 3. Emésztőszervek

3.1	Jelentkezett-e sárgaság, tartós hasmenés, fekete vagy véres széklet, puffadás, testsúlycsökkenés? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
3.2	Van-e adat gyomor- vagy nyombélfekély, egyéb nyelőcső-, gyomor-, vékony- vagy vastagbélbetegség, máj-, epe-, hasnyálmirigy vagy egyéb emésztőszervi betegségek előfordulására? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM

## 4. Húgyutak és nemi szervek

4.1	Jelentkezett-e vesegörcs, véres vizelet, gyakori vagy fájdalmas vizelet, éjszakai vizelet (nycturia)? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
4.2	<b>Férfiak esetében:</b> Van-e adat vese- vagy vesemedence-gyulladás, vesekő, prosztatata betegség, here- vagy mellékhere-gyulladás, egyéb urológiai vagy nemi szerveket érintő betegség előfordulására? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
4.3	<b>Nők esetében:</b> Van-e adat vese- vagy vesemedence-gyulladás, vesekő, méh, petefészek, emlő betegség, menstruációs rendellenesség, egyéb urológiai vagy nemi szerveket érintő betegség előfordulására? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM

## 5. Érzékszervek

5.1	Van-e szükség látáskorrekcióra? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
5.2	Van-e adat zöldhályog, szürkehályog előfordulására? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
5.3	Van-e adat érzékszavarra? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
5.4	Jelentkezett-e hallásromlás, fülzúgás? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
5.5	Van-e adat középfülgyulladás, otoszklerózis, egyéb fül-orr-gégészeti vagy szemészeti betegség előfordulására? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM

## 6. Központi idegrendszer

6.1	Jelentkezett-e fejfájás, hányinger, hányás, szédülés, eszméletvesztés, bénulás, görcsroham, látászavar? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
6.2	Van-e adat epilepszia, idegzsába, baleseti agykárosodás utáni állapot, agysorvadás, demencia, agyi érkatasztrófa utáni állapot, agy vagy gerincvelő hegesedés, gerinc sérv vagy egyéb idegrendszeri betegség előfordulására? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM

## 7. Mozcászervek

7.1	Jelentkezett-e ízületi fájdalom, duzzanat, mozgáskorlátozottság? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
7.2	Van-e adat csont- ízületi vagy izombetegségre? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
7.3	Van-e adat visszérbetegségre? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM

## 8. Egyéb szervek, szervrendszerek kóros állapotai

8.1	Van-e kórtörténeti adat bőrbetegségre? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
8.2	Van-e kórtörténeti adat pszichiátriai betegségre? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
8.3	Van-e kórtörténeti adat hormon- vagy anyagcsere-betegségre (különös tekintettel a cukorbetegség különböző formáira és a köszvényre)? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
8.4	Van-e kórtörténeti adat vérképző-rendszeri betegségre? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
8.5	Van-e kórtörténeti adat daganatos betegségre? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
8.6	Van-e kórtörténeti adat AIDS betegségre vagy pozitív HIV tesztre? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
8.7	Van-e kórtörténeti adat fejlődési rendellenességre vagy születési defektusra, testi vagy szellemi fogyatékosagra? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
8.8	Van-e kórtörténeti adat jelenleg zajló vagy krónikus fertőző betegségre? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
8.9	Van-e kórtörténeti adat autoimmun betegségre, allergiára? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
8.10	Van-e kórtörténeti adat egyéb betegség, panasz előfordulására? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM

## 9. Balesetek

9.1	Előfordult-e baleset, sérülés? Ha igen van-e tartós következménye? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
9.2	Előfordult-e mérgezés? Ha igen van-e tartós következménye? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
9.3	Előfordult-e öngyilkossági kísérlet? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM

## 10. Vizsgáló és gyógyító beavatkozások

10.1	Van-e kórtörténeti adat műtétre? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.2	Van-e kórtörténeti adat tartós gyógyszerfogyasztásra? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.3	Van-e kórtörténeti adat tartós diétázásra. Ha igen milyen okból történt? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.4	Van-e kórtörténeti adat röntgen komputer-tomográf, mágneses rezonancia vagy pozitron emissziós komputer tomográf vizsgálatra? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.5	Van-e kórtörténeti adat terheléses EKG vizsgálatra? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.6	Járt-e háziorvosán kívül más orvosnál az elmúlt 10 évben? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.7	Volt-e szűrővizsgálaton az elmúlt 3 évben, és ha igen, hol? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.8	Vizsgálták-e endoszkópos diagnosztikus eljárással vagy érfestéssel? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.9	Állt-e valamikor járóbeteg kivizsgálás, gondozás alatt? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.10	Állt-e kórházi-, illetve fekvőbeteg gyógyintézeti kezelés, kivizsgálás alatt? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.11	Terveznek-e a vizsgált személynél műtétet? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.12	Jelenleg fogyaszt-e gyógyszert? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.13	Jelenleg áll-e orvosi kivizsgálás, gondozás alatt? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
10.14	Van-e tartósan beültetett orvosi eszköz vagy idegen anyag (protesis, pacemaker, neuromodulációs eszköz, stent, stb.) a leendő biztosított testében? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM

## 11. Reprodukció

11.1	Jelenleg fennáll-e terhesség? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
11.2	Korábbi terhességek során jelentkezett-e komplikáció? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
11.3	Korábbi szülései során jelentkezett-e bármilyen komplikáció, végeztek-e császármetszést vagy egyéb szülészeti beavatkozást? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM

## 12. Munkaképesség és egészségi állapot mértéke

12.1	Ön szerint fennáll-e egészségi állapotromlást vagy munkaképesség- csökkenést előidéző tényező? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
12.2	Az elmúlt 3 évben volt-e összességében 60 napot meghaladóan keresőképtelen állapotban? Ha igen milyen okból? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
12.3	Állapították-e meg egészségi állapotromlást, vagy munkaképesség-csökkenést? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM

### 13. A vizsgáló orvos által végzett fizikális vizsgálat eredménye

13.1	Testméretek:	Testsúly:		kg	Testmagasság:		cm				
13.2	Fennáll-e fizikális eltérés a bőr és nyálkahártya vonatkozásában? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.3	Fennáll-e mozgásszervi fizikális eltérés, beleértve az esetleges korábbi sérülésekből származó maradandó morfológiai és funkcionális következményeket? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.4	Fennáll-e csontozati vagy mozgásszervi alak deformitás? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.5	Észlelhetők-e eltérések az aktív mozgásban? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.6	Van-e passzív mozgáskorlátozottságra utaló fizikális eltérés? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.7	Van-e fizikális eltérés a mellkas alakjában? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.8	Van-e eltérés a tüdők kopogtatási és hallgatási leletében? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.9	Van-e fizikális eltérés a szív méretében? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.10	Van-e eltérés a szívhangoknál? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.11	Észlelhetők-e szívzörejek? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.12	Fennáll-e a szívzörejei organikus eredetének gyanúja? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.13	Fennáll-e frekvenciával és ritmicitással kapcsolatos fizikális eltérés? Megjegyzés:							<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM	
13.14	Nyugalmi pulzus, és vérnyomás érték:	Pulzus:		RR:		/		Hgmm			
13.15	Van-e fizikális eltérés a nyelven, mandulákon, fogazaton? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.16	Van-e inspekciós eltérés a has vonatkozásában? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.17	Van-e kóros rezisztencia a has vonatkozásában? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.18	Van-e kóros nyomásérzékenység a has vonatkozásában? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.19	Van-e tapintási eltérés a máj és/vagy a lép vonatkozásában? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.20	Van-e tapintási és/vagy hallgatási eltérés a nyakon? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.21	Van-e tapintási és/vagy hallgatási eltérés a felső végtagon? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.22	Van-e tapintási és/vagy hallgatási eltérés az alsó végtagon? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.23	Van-e hallgatási eltérés a hasban, illetve van-e hasi vízesedésre (ascites) utaló fizikális eltérés? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.24	Van-e alsóvégtagi visszerességre utaló fizikális eltérés? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.25	Észlelhetők-e alsó vagy felsővégtagi posztrombotikus szindróma fizikális jelei? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.26	Fennáll-e az emlő tapintási eltérése? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.27	Fennáll-e a pajzsmirigy tapintási eltérése? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.28	Van-e organikus neurológiai eltérésre utaló fizikális eltérés? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.29	Van-e pszichés rendellenésre utaló eltérés? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.30	Van-e műtéti, vágási, szűrési nyom/heg a vizsgált személy testén? Ha igen hol? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.31	Zártak-e a sérvkapuk? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.32	Fültáji vagy arcüreg feletti nyomás vagy kopogtatási érzékenység tapasztalható? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM
13.33	Van-e más említésre méltó eltérés? Megjegyzés:								<input type="checkbox"/>	IGEN <input type="checkbox"/>	NEM

#### 14. Egyéb

14.1	A vizsgált személy átlagos alkoholfogyasztása? Megjegyzés:		/ Nap
14.2	A vizsgált személy dohányzott-e, jelenleg dohányzik-e, mennyit fogyaszt/fogyasztott, hány éve dohányzik, hány évet dohányzott? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
14.3	A vizsgált személy használ-e altató szereket? Ha igen, mit és milyen adagolásban? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
14.4	A vizsgált személy fogyaszt-e kábítószer? Ha igen, mit és milyen adagolásban? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
14.5	Előfordult e a vizsgált személy családjában: cukorbetegség, magas-vérnyomás, szívizom infarktus, vérzékenység? Megjegyzés:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
14.6	Van-e kórtörténeti adat rosszindulatú elváltozásra? Ha igen, a kezeléseinek eredményei:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
14.7	Van-e kórtörténeti adat jóindulatú elváltozásra? Ha igen, a kezeléseinek eredményei:	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM

#### 15. A vizsgáló orvos egyéb megjegyzései

--

Vizsgálatot végző orvos neve (nyomatott betűkkel)	Telefonszám:
Orvosi rendelő címe:	

**Kérjük, hogy a jelen nyomtatványt és az elvégzett laborvizsgálatok (teljes vizelet vizsgálat mikroszkópos üledékkel, vércukor, koleszterin, HDL koleszterin, triglicerid, karbamid-N, Se-bilirubin, GGT, GOT, GPT, kreatinin, kvantitatív vérkép) valamint az EKG vizsgálat leletét, továbbá az Egyszeri megbízási szerződés egy Ön által is aláírt példányát, a kiállított számlával együtt zárt borítékban juttassa el a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. 1300 Budapest, pf. 177 címre.**

Alulírott leendő Biztosított kijelentem, hogy a vizsgáló orvos a kérdéseket egyenként intézte hozzám, és én ezekre helyes válaszokat adtam. Ezen feleleteim, amelyeket lejegyzés után mind a 4 oldalt elolvastam, azok a valóságnak megfelelnek, ezt aláírással hitelesítem.

Alulírott vizsgáló orvos kijelentem, hogy a kérdéseket az ügyfél válasza és a rendelkezésemre álló írásos orvosi dokumentumok, valamint az általam elvégzett fizikális és egyéb vizsgálatok alapján válaszoltam meg.

Kelt: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

A vizsgálatot végző orvos aláírása, pecsét.	A leendő Biztosított aláírása