

EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

Biztosítási ajánlat dátuma _____ száma: _____

Ügyfél neve _____

Születési ideje _____

(Szíveskedjen kihúzni az Ügyfélre nem vonatkozó kérdéseket)

13-O) Pajzsmirigy-megbetegedések

Az Ügyfél pajzsmirigy betegségének orvosi megnevezése:

Kérjük jelölje meg betegségének jellemzőit: Golyva ill. struma / Basedow-kór
Pajzsmirigy túlműködés / alulműködés
Hideg göb / Meleg göb
Egyéb.....

Mióta van az Ügyfélnek pajzsmirigy megbetegedése?

A pajzsmirigy betegség tünete - nyomásérzés
- légszomj
- nyelési nehézségek
- rekedtség
- idegesség, nyugtalanság,
- szorongás,
- verejtékezés,
- szívdobogás, ritmuszavar
- fogyás / hízás
- semmilyen panasz

Történt-e pajzsmirigyműtét, ill. sugárkezelés/izotóp kezelés? igen/nem

Terveznek-e pajzsmirigy műtétet, ill. sugár, vagy izotóp kezelést ? igen/nem

Történt-e pajzsmirigy biopsia? Mikor? Eredménye?

Teljesen megszűnt az Ügyfél pajzsmirigy betegsége? igen/nem

(Ha igen, mióta?)

(Ha nem, milyen panaszai vannak még?)

Szed az Ügyfél gyógyszereket? igen/nem

(Ha igen, melyeket és milyen adagban?)

Korlátozza az Ügyfelet pajzsmirigy betegsége a munkavégzésben? igen/nem

Jár vagy járt-e ez az Ügyfélnél keresetkieséssel? igen/nem

Volt-e az Ügyfél valaha pajzsmirigy betegsége miatt 4 hétnél tovább vagy ismételten munkaképtelen? igen/nem

(Ha igen, mikor, mennyi ideig, milyen gyakran?)

Kérjük mellékelje betegségével kapcsolatos leleteit, zárójelentéseit, vizsgálati eredményeit !

Kelt:

(aláírás)

EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

Biztosítási ajánlat dátuma _____ száma: _____

Ügyfél neve _____

Születési ideje _____

(Szíveskedjen kihúzni az Önre nem vonatkozó kérdéseket)

13. Pajzsmirigy-megbetegedések

Az Ügyfél pajzsmirigy betegségének orvosi megnevezése:

Kérjük jelölje meg betegségének jellemzőit: Golyva ill. struma / Basedow-kór
Pajzsmirigy túlműködés / alulműködés
Hideg göb / Meleg göb
Egyéb.....

Mióta van az Ügyfélnek pajzsmirigy megbetegedése?

A pajzsmirigy betegség tünete: - nyomásérzés
- légszomj
- nyelési nehézségek
- rekedtség
- idegesség, nyugtalanság,
- szorongás,
- verejtékezés,
- szívdobogás, ritmuszavar
- fogyás / hízás
- semmilyen panasz

Történt-e pajzsmirigyműtét, ill. sugárkezelés/izotóp kezelés? igen/nem

Terveznek-e pajzsmirigy műtétet, ill. sugár, vagy izotóp kezelést ? igen/nem

Történt-e pajzsmirigy biopszia? Mikor? Eredménye?

Teljesen megszűnt az Ügyfél pajzsmirigy betegsége? igen/nem

(Ha igen, mióta?)

(Ha nem, milyen panaszai vannak még?)

Szed az Ügyfél gyógyszereket? igen/nem

(Ha igen, melyeket és milyen adagban?)

Korlátozza az Ügyfelet pajzsmirigy betegsége a munkavégzésben? igen/nem

Jár vagy járt-e ez az Ügyfélnél keresetkieséssel? igen/nem

Volt-e az Ügyfél valaha pajzsmirigy betegsége miatt 4 hétnél tovább vagy ismételten munkaképtelen? igen/nem

(Ha igen, mikor, mennyi ideig, milyen gyakran?)

Kérjük mellékelje betegségével kapcsolatos leleteit, zárójelentéseit, vizsgálati eredményeit !

Sajátkezű aláírással igazolom, hogy fenti kérdéseket hiánytalanul és a valóságnak megfelelően válaszoltam meg, és nem titkoltam el semmit. Elismerem, hogy a hiányos vagy a valóságnak nem megfelelő válaszok magukkal vonják a biztosítási követelések elvesztését.

Kelt:

.....
(aláírás)