

## EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK KIEGÉSZÍTÉSE

Biztosítási ajánlat száma: \_\_\_\_\_ dátuma: \_\_\_\_\_

Ügyfél neve: \_\_\_\_\_

Születési ideje: \_\_\_\_\_

(Szíveskedjen kihúzni az Önre nem vonatkozó kérdéseket)

### Vérnyomás

Mióta van magas vérnyomása? .....

Mi volt a maximális érték, ezt mikor mérték? .....

Mióta szed vérnyomáscsökkentő gyógyszereket? .....

A gyógyszereszedés mellett mennyi a vérnyomása? .....

Nevezze meg jelenlegi gyógyszereit ill. azok napi adagját: .....

Volt-e a magas vérnyomásának szövődménye? Igen/Nem  
(szemfenék eltérés, vese funkció csökkenés, vizelettel  
történő fehérje ürítés, agyi keringési zavar,  
szívelégtelenség, koszorúér betegség, stb.) .....

Társul-e a magas vérnyomáshoz vérzsír-szint (cholesterin, triglycerid) Igen/nem  
húgysavszint növekedés, vagy cukorbetegség?  
Ha igen, utolsó laboratóriumi eredményét kérjük mellékelni!

Dohányzik-e? Ha igen, hány éve és hány szálát szív naponta? Igen/Nem  
.....

Kérjük adja meg gyógyszereszedés melletti utolsó  
3 vérnyomásértékét: .....

Egyéb betegségek: .....

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)