

Upitnik o zdravstvenom stanju Osiguranika

Ime i prezime Osiguranika: Tatjana Linkević

Godina rođenja: 1994

<p>1. Visina osiguranika: <u>168</u> cm Telesna težina: <u>83</u> kg Navedite naziv zdravstvene ustanove u kojoj se lečite i/ili u kojoj imate otvoren zdravstveni karton, kao i ime Vašeg lekara: <u>Nemam, ja sam strankinja.</u></p>	<p>7. Da li ste ikada imali hirurške intervencije ili planirate da imate bilo kakvu operaciju u bliskoj budućnosti ili Vam je preporučena neka operacija? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da" navedite koja vrsta operacije i kada? Priložite kopiju otpusne liste ili izveštaj sa operacije. Navedite datum i opis operacije:</i></p>
<p>2. a) Ukoliko se bavite sportom, navedite kojim: _____ učestalost bavljenja (rekreativno, aktivno): _____ b) Hobi: _____ Vrsta: _____ Učestalost bavljenja: _____</p>	<p>8. Da li ste ikada pri analizi krvi imali rezultate koji su bili van graničnih vrednosti? (npr. sadržaj masnoća, šećera u krvi i HbA1c)? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da" i Vaši laboratorijski rezultati su bili abnormalni, opišite i dokumentujte rezultate:</i></p>
<p>3. Da li imate ili ste imali bolesti koje su zahtevale redovnu lekarsku kontrolu i terapiju? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da" navedite detalje: dijagnozu, period trajanja, koja vrsta lečenja (u kojoj dozi), učestalost kontrola, i poslednja kontrola?</i></p>	<p>9. Da li ste u protekle dve godine radili neku od dijagnostičkih procedura ili analiza: tumor markeri, hormoni, HIV test, RTG snimak, ultrazvuk, dopler, EKG, holter, test opterećenja, skener, magnetna rezonanca, koronarografiju? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da", zbog čega i koliko puta:</i></p>
<p>4. Da li bolujete kao i da li ste ikada bolovali od sledećih bolesti: <i>* ukoliko je odgovor na bilo koji deo pitanja "da", molimo Vas navedite koje i u kom periodu?</i></p> <p>* srca, krvotoka ili krvnih sudova <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (povišeni krvni pritisak, srčane smetnje, osećaj pritiska u grudima, nedostatak vazduha, smetnje u prokrvljenosti, proširene vene, tromboza, itd.)</p> <p>* nervnog sistema <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (npr. oduzetost, slabost, epilepsija, multipla skleroza, moždani udar itd. ili mentalne tegobe (depresija itd.))</p> <p>* čula <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (npr. oči - smetnje u vidu ili oboljenja mrežnjače, duplirane slike; uši ili nos itd.)</p> <p>* kostiju, zglobova ili mišića <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (npr. reuma, artritis, kičmena moždina, artroze, osteoporoza, zglob kolena, itd.)</p> <p>* sistema za razmenu materija <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (npr. šećer, povećane masnoće u krvi - npr. holesterol, trigliceridi, itd., giht, žlezde - npr. štitna žlezda, itd.)</p> <p>* organa za disanje <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (npr. hronični bronhitis, astma - učestalost napada itd.)</p> <p>* organa za varenje <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (stomak ili creva, žuč, jetra ili pankreas, npr. čir, hemoroidi, kamen u žuči, masna jetra, itd.)</p> <p>* bubrega ili mokraćnih puteva <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (npr. upala bešike ili bubrega, kamen, itd.)</p> <p>* krvi ili imunog sistema <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (npr. infektivna oboljenja, anemija, alergije, HIV-infekcija, leukemija, itd.)</p> <p>* kože <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (npr. ekcemi, gljivična oboljenja, psorijaza, itd.)</p> <p>* ženskih ili muških polnih organa <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (npr. materica, oboljenje dojke, prostata, itd.)</p> <p>* Tumori - karcinomi, ciste <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne</p> <p>* Druge zdravstvene smetnje <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne (koje nisu navedene)</p>	<p>10. Da li ste imali nezgodu koja je izazvala povrede? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da" opišite datum, nezgodu, povredu, lečenje i rezultate lečenja:</i></p> <p>11. Da li radite ili ste ikada radili na poslovima (uključujući i hobije) koji mogu biti/su bili štetni po Vaše zdravlje ili Vas učiniti/su učinili osetljivim na povrede ili bolesti (npr. rad na visinama, štetna prašina ili gasovi ili opasne materije, avijacija, a da niste putnik koji plaća vozačinu.) <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da" pobrojite i navedite gde, kada, šta, koliko dugo ste radili/se bavili sportom, hobjem i kakvoj ste šteti bili izloženi:</i></p> <p>12. Da li konzumirate nešto od sledećeg? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne a) Cigareta <input type="checkbox"/> ili cigara <input type="checkbox"/> koliko dnevno? _____ b) Ostale lake <input type="checkbox"/>, teške <input type="checkbox"/> droge? Navedite šta: _____ koliko dugo _____ c) Alkohol: ponekad <input type="checkbox"/> svakog dana <input type="checkbox"/> Ako je odgovor svakog dana, Navedite šta: _____ koliko _____.</p> <p>13. Da li nosite naočare ili imate neko očno oboljenje? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da" navedite detalje: dioptrija levo _____ desno _____, koja vrsta oboljenja i koliko dugo:</i></p> <p>14. a) Da li imate neku organsku, urođenu ili stečenu fizičku manu/deformitet, koja zahteva redovne lekarske kontrole? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da" navedite detalje:</i> a) Da li ste i kada bili na proceni invalidnosti? <i>* ukoliko je odgovor "da", na koliko procenata je procenjen invaliditet:</i></p>
<p>5. Da li trenutno koristite bolovanje i da li ste koristili bolovanje u poslednjih godinu dana? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da" navedite koliko dugo i zbog koje bolesti/operacije?</i></p>	<p>15. Za žene: da li ste sada u drugom stanju i da li ste imali porođaj carskim rezom ili porođaj koji je zahtevao intervenciju forcepsom ili vakum ekstraktorom? Da li ste imali nekih komplikacija tokom trudnoće ili porođaja? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da" navedite detalje:</i></p>
<p>6. Da li ste ikada imali ambulantno ispitivanje ili lečenje kao i da li ste ikada bili na bolničkom lečenju (vezani za postelju) u bilo kojoj bolnici ili sanatorijumu? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da" navedite zbog čega, kada, sa kojim rezultatom i priložite kopiju bolničke otpusne liste. Ako je nemate, navedite gde i zašto ste bili lečeni.</i></p>	<p>16. Da li neko u vašoj porodici (srodnik prvog reda) boluje, je ikada bolovao ili preminuo pre pedesete godine života od: šćene bolesti, infarkta miokarda, moždanog udara, visokog pritiska, bolesti bubrega, malignih tumora, multipla skleroze, psihijatrijskih poremećaja i drugih naslednih bolesti? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ukoliko je odgovor "da" navedite detalje:</i></p> <p>17. Da li u poslednjih godinu dana uzimate neke lekove redovno (duže od 15 dana)? <input type="checkbox"/> Da <input checked="" type="checkbox"/> Ne <i>* ako je odgovor "da", navedite koje i koliko dugo:</i></p>

U slučaju odgovora "DA", dostavite detaljne informacije o događaju, bolesti, hospitalizaciji itd.

Potvrđujem da sam istinito i tačno odgovorio na sva postavljena pitanja i da sam saglasan da u suprotnom snosim posledice. Ovim ovlašćujem Osiguravača da može proveriti istinitost datih podataka kod nadležnih zdravstvenih ustanova ili lekara. Osiguravača oslobađam obaveze čuvanja poslovne tajne osim prema trećim licima. Dajem saglasnost na korišćenje ličnih podataka neophodnih za izvršenje ovog ugovora. Svojim potpisom, potvrđujem da sam primio jednu kopiju ponude, kao i da sam upoznat sa odredbama Uslova osiguranja.

Beograd 22/06/26

Mesto i datum

Potpis Osiguranika