

# GRAWE Életbiztosító Zrt.

# Orvosi igazolás

**A biztosított személy:**

Név	<input type="text"/>	szül. dátum:	<input type="text"/>	Továbbá kérjük a bejelölt leleteket is:
Foglalkozás (adott esetben mellék- foglalkozás is):	<input type="text"/>	családi áll.:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> EKG
Lakcíme:	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> érzsüllyedés, teljes vérkép, vércukor (éh- gyomor), bilirubin, CN, GPT, GOT GAMMA-GT, koleszterein, trigliceridek, húgsav, HIV-teszt, vizeletüledék
(pontos foglalkozási adatokat kérünk)				<input type="checkbox"/> tüdőröntgen
(irányítószám)				

## I. A biztosítást igénylő személy nyilatkozata az orvos előtt

Kérjük minden kérdésre válaszoljon. Igenlő válasz esetén kérjük mellékelje a betegségével kapcsolatos orvosi dokumentumokat

1. Előfordult -e a szülőknél vagy testvéreknél szív- vagy érrendszeri megbetegedés, elmebaj, idegbaj, cukorbetegség vagy rosszindulatú daganatos betegség?  
 Igen  Nem  Milyen betegség? Kinél?

2. Van-e vagy volt-e betegsége, rendellenessége vagy panasza a következőkben felsoroltak közül:	igen	nem	f) <b>érzékszervi</b> megbetegedések, pl. fül- (pl. nagyothallás) vagy szem- (pl. látásélesség csökkenése) betegség? dioptria: jobb ± ..... bal ± .....	igen	nem
a) <b>szív vagy érrendszeri betegségek</b> , pl. (veleszületett vagy szerzett szívhiba). Angina pectoris ill. koronária szívbetegség, szívinfarktus, alsó végtagi érszűkület, magas vérnyomás, szélütés, visszérgyulladás, ill. a következő tünetek bármelyike: légszomj terhelés alatt, szívtáji nyomás, szívritmuszavar, ödéma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) <b>bőr, csontok vagy ízületek</b> megbetegedése, reumatikus panaszok immunrendszer megbetegedései?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <b>légzőszervi megbetegedések</b> , pl. ismétlődő vagy hosszabb ideig tartó bronchitis, tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás, asztma, tuberkulózis vagy gége megbetegedése, köhögés, fulladás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) <b>vérképzőszervi, vagy véralvadási</b> probléma, különösen a vörösvagy fehérvérsejtek megváltozása, trombózis, embólia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <b>emésztőszervi megbetegedések</b> , pl. gastritis, gyomor- vagy nyombélfekély, gyomor- vagy bélvérzés, hasmenés, bélgyulladás, puffadás, étvágytalanság, májbetegség?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) <b>cukorbetegség</b> , a zsíryanycsere (koleszterin, trigliceridek) zavarai, köszvény (húgsav) vagy a pajzsmirigy funkció zavarai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <b>húgyképző- és nemiszervi</b> megbetegedések, pl. vesekő, vese-, vesemedence- vagy húgyhólyag-gyulladás, prosztatata-, here- vagy mellékheresyulladás, vagy megbetegedés, illetve a következő tünetek bármelyike: véres vizelet, fehérjevizelés, vizelet elakadás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k) <b>tumor</b> (jóindulatú? rosszindulatú?) vagy nyirokcsomóduzzadás, súlyvesztés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) <b>idegrendszeri, agyi vagy gerincvelő</b> megbetegedések, pszichiátriaa megbetegedések, kedélybetegségek-pl. epilepszia, depresszió vagy a következő tünetek: öngyilkossági kísérlet, bénulás, izomgyengeség, izomgörcsök, ájulás, szédülés, gyakori fejfájás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l) <b>fertőző</b> (akut vagy krónikus) betegségek, pl. tuberkulózis, nemibetegség, sárgaság, HIV pozitivitás, stb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			m) <b>nők</b> esetében ezenkívül: mell vagy nemiszervi (külső, belső) megbetegedések esetleges <b>terhesség</b> ? melyik hónapban?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			n) egyéb betegség, fogyatékoság vagy panasz, amelyeket a fenti kérdések nem érintettek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Magyarázatok:**


A fenti kérdések gondos, részletes megválaszolása a későbbi visszakerdezést szükségtelenné teszi és gyorsítja a kérelem feldolgozását.

4. a) Naponta átlagosan mennyi <b>alkoholt</b> fogyaszt ill. mennyit <b>dohányzik</b> ?	Alkohol	<input type="text"/>	Dohányzás	<input type="text"/>
b) Szed-e rendszeresen <b>gyógyszert</b> ? Milyen gyógyszert? Milyen dózisban?	Kérjük részletezze a szedett gyógyszereit:			
c) Volt-e korábban vagy fennáll-e jelenleg <b>gyógyszer vagy kábítószer</b> abusus?	igen	nem		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. a) Szenvedett-e <b>balesetet, sérülést</b> vagy volt-e mérgezése? Milyen következményei maradtak fenn?	igen	nem		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Kap-e nyugdíjat? Keresőképeség csökkenése százalékban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) Részesült-e betegség miatt <b>koréngedményes nyugdíjaztatásban</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. a) Volt-e <b>műtétje</b> ?	igen	nem (amennyiben igen, kérjük az orvosi dokumentációt mellékelni)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Orvosai terveznek valamilyen <b>műtétet</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Részesült-e röntgen-, izotóp- vagy egyéb radioaktív sugárzásos kezelésben?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Szükség volt-e más pl. kemoterápiás, biológiai kezelésre?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. a) Készítettek önről <b>elektrokardiogramot (EKG)</b> ? (Ha rendelkezik EKG regisztrátummal és/vagy lelettel, úgy ezeket kérjük, szíveskedjék mellékelni!)	igen nem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Végeztek-e Önénél röntgen-, komputer- tomográfias, MR, vagy más képalkotó, vagy nukleáris orvosi vizsgálatot? Eredménye?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Végeztek-e Önénél rutin laboratóriumi vagy egyéb vér (pl. HIV-teszt), vagy vizelet vizsgálatot ami eddig nem szerepelt a kérdések között? Milyen eredménnyel?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. a) Részesült-e kórházi vizsgálatban vagy kezelésben? Hol?	igen nem (amennyiben igen, kérjük az orvosi dokumentációt mellékelni) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Részesült-e szanatóriumi kezelésben? Volt-e elvonókúrán?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Volt- rehabilitációs kezelésen? Hol?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Férfiak esetében: Katonai szolgálatra alkalmas (volt)? Ha nem, kérjük indokolni!	igen nem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. a) Általában milyen orvoshoz szokott fordulni (házi orvos)? Orvos neve, címe?	
b) Az elmúlt öt év alatt az eddig említett orvosokon kívül más orvos is vizsgálta-e, kezelte-e Önt vagy adott-e tanácsot Önnek? Név, cím?	igen nem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kijelentem, hogy fenti kérdésekre az igazságnak megfelelően és maradéktalanul választ adtam. Válaszaim, melyeket ellenőrzés céljából átolvastam, a valóságnak megfelelnek.

Egyidejűleg tudomásul veszem, hogy tudatosan hamis adatok megadása a törvény értelmében a biztosítási szerződés érvénytelenségét vonhatja maga után.

Dátum

A biztosítást igénylő személy aláírása

## II. Orvosi igazolás

1. Testméretek: A vizsgálaton megjelenő személy életkorának megfelelő, egészséges és fitt benyomást kelt-e?	igen nem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Test- magasság <input type="text"/> cm	Mellkas- körfogat <input type="text"/> cm
		Test- súly <input type="text"/> kg	Has- körfogat <input type="text"/> cm
2. Vannak-e az alábbi szerveken kóros elváltozások vagy eltérések?	igen nem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pulzus <input type="text"/>	Vérnyomás <input type="text"/> <input type="text"/> syst. diast.
a) Szív és keringési szervek: melyek?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
b) Tüdő és légzőszervek: melyek?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
c) Emésztőszervek: gyomor, bélrendszer, máj- epehólyag, pankreasz: melyek?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vizeletvizsgálat Fehérje <input type="text"/>	Cukor <input type="text"/>
d) Húgyképző és nemiszervek: melyek?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
e) Idegrendszer, csontváz, fül, szem, bőr: melyek (reflexek)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3. a) Voltak-e további kóros és eddig nem említett leletek (pl. diabetes millitus, nyirokcsomógyulladás, vér vagy immunrendszer megbetegedése)? Ha igen, melyik?	igen nem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
b) Nőknél: A női szervek megbetegedése fennáll-e? Melyeknél?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

A kockázat megítélésére a vizsgálat eredményén felül egyéb szempontok is szolgálnak. Ezért kérjük, hogy a vizsgált személlyel közölje a **KÖRLELETEKET**, de a biztosítási alkalmasságról ne adjon semminemű nyilatkozatot. A jelentést **CSAK ZÁRT BORÍTÉKBAN** szabad a vizsgált személy vagy közvetítő kezébe adni a Biztosítóhoz való továbbítás céljából.

Dátum:

Orvos bélyegzője:

Aláírás: