

پرسشنامه سلامت

مشخصات متقاضی پوشش بیمه ای :

آقا / خانم :..... نام پدر :..... شماره شناسنامه :..... کد ملی :.....

صادر از :..... متولد :..... تابعیت :..... وضعیت تاهل :.....

نشانی :.....

تلفن :.....

شماره شبا :.....

وزن :..... کیلوگرم قد :..... سانتیمتر

1: آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید؟ بلی خیر

2: بیماری های دستگاه تنفسی: سل ریوی: برونشیت مزمن سرطان ریه فیروز ریه نارسایی شدید تنفسی سایر بیماریها.....

هیچ بیماری ندارم

3: بیماری های قلبی و عروقی: فشار خون بالا سکته یا حمله قلبی سابقه جراحی قلب باز تنگی یا نارسایی دریچه قلبی

آریتمی قلبی پیس میکر دائم قلب سابقه آنژیوگرافی سابقه بیماری عروق قلبی سابقه آنژیو پلاستی کوارکتاسیون آئورت

قراردادن استنت آئورت قرار دادن استنت در عروق جراحی پیوند آئورت کاردیومیوپاتی سایر بیماریها.....

هیچ بیماری ندارم

4: بیماری های خونی: لنفوم لوسمی هموفیلی اختلال انعقاد خون سابقه تزریق خون غده لنفاوی بزرگ شده

نقص ایمنی مادرزادی آنمی آپلاستیک سایر بیماریها..... هیچ بیماری ندارم

5: بیماری های گوارشی: سیروز کبدی هپاتیت مزمن واریس مری بیماری های التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو)

پولیپوز فامیلیال خونریزی های گوارشی تهوع و استفراغ مکرر زردی دردهای مزمن شکمی نارسایی های کبدی

سایر بیماریها..... هیچ بیماری ندارم

6: بیماری های اعصاب و روان: اسکیزوفرنی اختلال خلق دو قطبی افسردگی شدید اضطراب اقدام به خودکشی سایر

بیماریها..... هیچ بیماری ندارم

7: بیماری هایی مغز و اعصاب: دیسک کمر (صرع (تشنج) سابقه سکته یا حمله مغزی (MS (مولتیپل اسکلروز) بیماری های بی حسی و فلجی (آلزایمر (آنوریسم مغزی (فراموشی (بیماری پارکینسون (ALS (تومور مغزی (کما (معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر 50 (سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم (

8: بیماری کلیه و مجاری ادراری: نارسایی مزمن کلیه (مجاری ادراری (مشکلات پروستات (خون در ادرار (سنگ کلیه (واریکوسل (سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم (

9: بیماری های روماتیسمی: آرتریت روماتوئید (لوپوس (شوگر (خشکی و درد مفاصل (دردهای عضلانی (اسپوندیلیت آنکلیوزان (سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم (

10: بیماری های پوستی: بیماری بهجت (پمفیگوس (ایکتیوز پوستی (خالهای بزرگ یا در حال رشد (خالهای تغییر رنگ یافته (زخم طول کشیده (توده جلدی (سوختگی درجه 3 (سارکوئیدوز (پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان (خونریزی های زیر پوستی (سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم (

11: بیماری های گوش و حلق و بینی: انحراف بینی (سینوزیت (کاهش شنوایی (خونریزی های بینی (سرگیجه (کاشت حلزون شنوایی (سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم (

12: بیماریهای چشم: عیوب انکساری (آب مروارید (آب سیاه (بلفاروشالازی (کاهش بینایی (نابینایی (سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم (

13: بیماری های غدد داخلی: دیابت (هیپریا هیپوتیروئیدی (کاهش یا افزایش اشتها (چربی خون بالا (سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم (

14: سابقه بیماری های عفونی: سل (هپاتیت (مالاریا (ایدز (کیست هیداتیک (سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم (

15: سابقه بیماری های ارتوپدی: اسکولیوز (پارگی رباط زانو، شانه و مچ پا (ژنوواروم (هالوکس والگوس (سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم (

16: سابقه تومور یا کانسر: بلی (خیر (

نام محل تومور یا سرطان: مدت بروز:

17: سابقه پیوند اعضا بدن: بلی (خیر (

نام عضو پیوندی: تاریخ پیوند:

18: سابقه جراحی: فتق (هموروئید (فیستول (سایر بیماریها خیر (

19: آیا دچار نقص عضو شده اید؟ بلی (خیر (

20: آیا دچار از کار افتادگی شده اید؟ بلی خیر

21: آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده کرده یا میکنید؟ بلی خیر
در صورت ترک، مدت زمان آن نوع اعتقاد میزان مصرف و مدت آن

22: آیا از دارو برای بیماری مدت طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر
نوع دارو میزان مصرف و مدت آن

23: آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی و یا هر نوع بیماری مزمن مبتلا بوده یا می باشند؟ بلی خیر

24: در صورت مونث بودن آیا حامله می باشید؟ بلی خیر

25: آیا در یکسال گذشته از خدمات تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی و ...) استفاده کرده اید؟ بلی خیر

26: آیا در 5 سال گذشته به هر علت به پزشک متخصص مراجعه نموده اید؟ بلی خیر

1.
2.
3.
4.
5.
6.

اینجانب اعلام و تعهد می نمایم به کلیه سوالات در کمال صداقت پاسخ داده ام و هیچ موضوعی را کتمان نکرده ام و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هر گونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب ساقط خواهد گردید.

نام و نام خانوادگی

امضا و اثر انگشت