

SZIGORÚAN BIZALMASAN KEZELT
KIEGÉSZÍTŐ NYILATKOZAT
egészségi kockázatbíráláshoz

EPILEPSZIA

A leendő biztosított neve, születése ideje:

Testmagasság:..... Testsúly:.....

Kezelőorvos neve és címe :

1. Mikor állapították meg első alkalommal az epilepsziás megbetegedését és milyen vizsgálatok alapján?
.....
2. Milyen típusú epilepsziában szenved (grand mal, petit mal, egyéb)?
.....
3. Milyen gyakorisággal fordultak/fordulnak elő epilepsziás rohamai?
.....
4. Mikor volt a legutóbbi epilepsziás rohama, illetve az utóbbi 1 éven belül milyen gyakran fordultak elő a rohamok?
.....
5. Vannak-e az epilepsziás rohamainak ismert kiváltó okai, illetve jellegzetes előjelei?
.....
6. Kötődnek-e rohamai napszakokhoz (pl. napközben vagy csak éjszakai rohamok)?
.....
7. Mennyi ideig tartanak eszméletvesztéses rohamai?
.....
8. Van-e érvényes gépjárművezetési-engedélye? Javasoltak-e orvosai egyéb tevékenységi korlátozást?
.....
9. Áptáltak-e epilepsziás betegsége miatt kórházban az utóbbi 2 évben? Ha igen, legutóbb mikor és hol?
.....
10. Jelenleg betegsége miatt milyen gyógyszeres kezelésben részesül? Adja meg a szedendő gyógyszer(ek) nevét, hatóanyag-tartalmát és adagolását!
.....
.....
11. Fogyaszt-e hetente több alkalommal alkoholt? Ha igen, mennyit és mit (sör, bor, égetett szeszes italok)?
.....

Kérjük, csatolja a betegségeivel kapcsolatban rendelkezésére álló orvosi iratokat (zárójelentések, vizsgálati eredmények, kezelési lapok stb.)!

200évhónap

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek, és tudomásul veszem, hogy e nyilatkozat a biztosítási ajánlat részét képezi.

.....
leendő biztosított aláírása/kezelőorvos aláírása *

*** A kérdőívet a biztosított helyett a kezelőorvos is kitöltheti!**