



Декларація про стан здоров'я

Інформація, надана заявником, є строго конфіденційною і не підлягає розголошенню, окрім випадків, коли розкриття такої інформації зумовлено необхідністю надання медичної допомоги.

Страховик несе відповідальність за збереження конфіденційності наданої інформації.

Загальна інформація:

1. Ваше П.І.Б. _____
2. Дата народження _____
3. Адреса проживання: _____ сімейний стан _____
4. Контактний номер телефону _____
5. Місце роботи: _____ посада: _____
6. Чи маєте Ви договір медичного страхування в інших страхових компаніях? _____

Інформація про стан здоров'я (Намагайтеся відповідати максимально точно та правдиво. Це допоможе нам разом виявити небезпечні захворювання на ранній стадії та попередити їх розвиток):

7. Чи заведено на Вас "Картка амбулаторного пацієнта" в поліклініці?
☐ Так
☐ Ні
☐ Інший варіант відповіді _____
8. Скільки разів протягом останнього року Ви викликали бригаду швидкої допомоги та з якого приводу? _____
9. Чи стоїте Ви на диспансерному обліку?
☐ Так (вказіть спеціаліста) _____
☐ Ні ☐
10. Чи встановлено Вам групу інвалідності?
☐ Так (вказіть групу та основний діагноз) _____
☐ Ні
11. Які ліки Ви приймаєте на даний час? _____
12. Скільки разів Ви лікувалися у лікарні і з якого приводу? _____
13. Які хронічні захворювання у Вас діагностовано? _____
14. Як часто Ви звертаєтесь до лікаря? Скільки раз на рік, місяць, до якого лікаря _____
15. Коли Ви останнього разу проходили профілактичний лікарняний огляд? _____
16. Коли Вас останнього разу оглядав уролог (чол.) або гінеколог (жін.)? _____
17. Як часто Ви проходите флюорографію?
☐ 1 раз на рік
☐ 1 раз у 2-3 роки
☐ Інший варіант відповіді _____
18. Чи були у Вас якісь травми (переломи, пошкодження внутрішніх органів, тощо)?
☐ Так
☐ Ні
19. Які операції Ви перенесли? _____
20. Якими інфекційними захворюваннями Ви хворіли? _____
21. Як часто Ви хворієте ГРВІ (застуда)?
☐ 1 раз на рік
☐ 2-3 рази на рік
☐ 1 раз у 2-3 роки
☐ Інший варіант відповіді _____
22. Чи втрачали Ви коли-небудь свідомість?
☐ Так
☐ Ні
☐ Інший варіант відповіді _____
23. Вкажіть свою приблизну вагу _____ кг. та зріст _____ см.
24. Чи маєте Ви шкідливі звички: тютюнопаління, зловживання алкоголем, наркотична та медикаментозна залежність та інші
☐ Так (вказіть які саме) _____
☐ Ні
25. Чи встановлено Вам діагноз?

	НІ	ТАК
25.1. новоутворення (доброякісні та/або злоякісні пухлини)		
25.2. захворювання крові (лейкоз, анемії та інші)		
25.3. захворювання серцево-судинної системи (гіпертонія, інфаркт, коронароатеросклероз та інші)		
25.4. захворювання органів дихання (астма, бронхіт, пневмонія, професійні хвороби та інші)		
25.5. захворювання шлунково-кишкового тракту (виразка шлунку, виразка 12-ти палої кишки, спайкова хвороба, холецистит, панкреатит та інші)		
25.6. захворювання статево-сечової системи (захворювання нирок, сечового міхура, хвороби чоловічих/жіночих статевих органів та інші)		
25.7. захворювання опорно-рухової системи (хвороби хребта, м'язів та інші)		
25.8. захворювання ендокринної системи (цукровий діабет, хвороби щитовидної залози та інші)		
25.9. захворювання нервової системи (інсульт, розсіяний склероз, хвороба Паркінсона та інші)		
25.10. психічні розлади та захворювання (шизофренія, психози, неврози та інші)		
25.11. захворювання шкіри та підшкірної клітковини (дерматити, псоріаз, лишай та інші)		
25.12. алергічні захворювання (медикаментозна алергія, харчова алергія, респіраторні алергози та інші)		

25.13. інфекційні захворювання (дитячі інфекційні захворювання, герпетично-вірусні інфекції, гепатит, TORCH інфекції та інші)		
25.14. венеричні захворювання (гонорея, сифіліс та інші)		
25.15. ВІЛ-інфікованість та СНІД		
25.16. вади розвитку (вроджені та набуті)		
25.17. спадкові захворювання		
25.18. тропічні захворювання (малярія та інші)		
25.19. туберкульоз		
25.20. захворювання органів слуху та зору		
25.21. інші захворювання		

26. Якщо у якомусь із вище зазначених питань (25.1.- 24.21) Ваша відповідь “ТАК” просимо подати докладну інформацію, що стосується:

- 2.1. діагнозу захворювання;
- 2.2. дати захворювання;
- 2.3. дати останнього відвідування лікаря, медико-діагностичного обстеження, оперативного втручання, дати стаціонарного лікування;
- 2.4. назви та адреси медичних установ, в яких Ви проходили лікування.

Докладна інформація до відповіді “ТАК” згідно пунктів 25.1.-25.21.

№ питання	Докладна інформація

Інша важлива інформація: _____

Засвідчую, що дані цієї анкети є достовірними і я згоден(на) з тим, що при поданні неправдивих даних або втаємничення фактів, що стосуються мого здоров'я “Страхова компанія “Універсальна” має право відмовити у здійсненні страхової виплати або припинити дію договору страхування.

Я даю свій дозвіл представникам Страховика для отримання у медичного персоналу лікувального закладу будь-якої інформації, стосовно мого фізичного та психічного стану на даний час та в минулому.

Дата заповнення « ____ » _____ р. _____

(П.І.Б) (Підпис)