

**VYHLÁSENIE K ZDRAVOTNÉMU STAVU POISŤOVANEJ OSOBY**

Meno a priezvisko poisteného: \_\_\_\_\_

rodné číslo: \_\_\_\_\_

/

**1. Zaškrtnite akým ochorením trpíte:**

- |   |  |  |   |  |   |
|---|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> vysoký krvný tlak      | <input type="checkbox"/> poruchy metabolizmu tukov | <input type="checkbox"/> cukrovka <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> astma <sup>2</sup>                   | <input type="checkbox"/> ochorenie srdca                 |   |
| <input type="checkbox"/> migréna                | <input type="checkbox"/> epilepsia                 | <input type="checkbox"/> ochorenie obličiek    | <input type="checkbox"/> ochorenie močových ciest             | <input type="checkbox"/> postihnutie oka                 | <input type="checkbox"/> postihnutie ucha   |
| <input type="checkbox"/> psoriáza               | <input type="checkbox"/> osteoporóza               | <input type="checkbox"/> ochorenie žalúdka     | <input type="checkbox"/> ochorenie čreva / dvanástnika        | <input type="checkbox"/> ochorenie pankreasu             | <input type="checkbox"/> ochorenie pečene   |
| <input type="checkbox"/> stav po úraze          | <input type="checkbox"/> bolesti chrbtice          | <input type="checkbox"/> rizikové tehotenstvo  | <input type="checkbox"/> ochorenie štítnej žľazy <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> nádorové ochorenie <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> ochorenie žľazníka |
| <input type="checkbox"/> iné (uvedte aké) _____ |  |  |   |  |   |

upresnite, kedy sa vyskytli prvý krát ťažkosti / bolesti \_\_\_\_\_ ako často mávate ťažkosti / bolesti? \_\_\_\_\_

opíšte podrobne príznaky ochorenia, ťažkosti, v prípade bolesti, jej miesto: \_\_\_\_\_

**2. Uvedte presnú diagnózu<sup>5</sup>** \_\_\_\_\_3. Uvedte **lekárov**, ktorých pravidelne navštevujete (meno, adresa, odbornosť lekára):

lekár: \_\_\_\_\_

lekár: \_\_\_\_\_

lekár: \_\_\_\_\_

lekár: \_\_\_\_\_

4. Uvedte **aké lieky užívate**, od kedy, v akých dávkach a akej forme (masť, kvapky, tablety, injekcia, inhalátor...):

liek: \_\_\_\_\_ dávka: \_\_\_\_\_ forma: \_\_\_\_\_ od roku: \_\_\_\_\_

liek: \_\_\_\_\_ dávka: \_\_\_\_\_ forma: \_\_\_\_\_ od roku: \_\_\_\_\_

liek: \_\_\_\_\_ dávka: \_\_\_\_\_ forma: \_\_\_\_\_ od roku: \_\_\_\_\_

liek: \_\_\_\_\_ dávka: \_\_\_\_\_ forma: \_\_\_\_\_ od roku: \_\_\_\_\_

liek: \_\_\_\_\_ dávka: \_\_\_\_\_ forma: \_\_\_\_\_ od roku: \_\_\_\_\_

**5. Boli Vám za posledný rok robené krvné testy?**

- nie  áno dátum: \_\_\_\_\_ uveďte výsledky: cholesterol \_\_\_\_\_ mmol/l HDL-cholesterol \_\_\_\_\_ mmol/l  
triglyceridy \_\_\_\_\_ mmol/l iné (uvedte aké a výsledky) \_\_\_\_\_

6. Ak trpíte **astmou/ migrénou/ epilepsiou**, odpovedzte:trpíte záchvatmi?  nie  áno uveďte príčiny vyvolávajúce záchvaty:  dlhšia duševná úzkosť  ochorenie nervového systému nepokoje  stresy  alkohol  pouhrazový stav  iné (uvedte) \_\_\_\_\_

ako často trpíte záchvatmi? \_\_\_\_\_ trvanie záchvatu v min. \_\_\_\_\_ uveďte dátum posledného záchvatu: \_\_\_\_\_

7. Ak trpíte **vysokým krvným tlakom**,  
uveďte namerané hodnoty krvného tlaku:1. /  
dátum: \_\_\_\_\_2. /  
dátum: \_\_\_\_\_3. /  
dátum: \_\_\_\_\_4. /  
dátum: \_\_\_\_\_8. Ak trpíte **psoriázou**, uveďte o akú formu sa jedná  kožná forma  postihnutie kĺbov9. V prípade **rizikového tehotenstva**, uveďte dôvod a ochorenia, ktoré v súčasnej dobe sprevádzajú tehotenstvo vysoký krvný tlak  kŕčové žily  cukrovka ochorenie:  pečene  štítnej žľazy  obličiek  pankreasu  pľúc iné (uvedte) \_\_\_\_\_

10. Utrpeli ste niekedy **úraz / poškodenie** ?  **nie**  **áno** uveďte dátum úrazu: \_\_\_\_\_

popíšte stručne priebeh úrazu: \_\_\_\_\_

Išlo o  zlomeninu  podvrtnutie  udretie  iné (uveďte) \_\_\_\_\_

popíšte **konkrétne, ktoré časti tela / orgány** boli úrazom poškodené (vrátane údajov či ide o pravú alebo o ľavú časť tela) \_\_\_\_\_

uveďte dátum ukončenia liečby úrazu: \_\_\_\_\_ následky úrazu: \_\_\_\_\_

používate ortopedické pomôcky?  **nie**  **áno** uveďte aké (barle, ortéza, vozík..) \_\_\_\_\_

#### 11. Boli ste operovaný?

**nie**  **áno** uveďte dôvod:  úraz  nádorové ochorenie:  nezhubné  zhubné  iné (uveďte) \_\_\_\_\_

o aký druh operácie sa jednalo?  chirurgická  laparoskopická  iná \_\_\_\_\_

uveďte dátum operácie \_\_\_\_\_

bola vykonaná dodatočná terapia?  **nie**  **áno**  rehabilitácia  ožarovanie  chemoterapia

uveďte dátum ukončenia liečby: \_\_\_\_\_

sú plánované ďalšie operácie?  **nie**  **áno** upresnite kedy a aké: \_\_\_\_\_

vyskytujú sa u Vás ešte následky po operácii?  **nie**  **áno** upresnite: \_\_\_\_\_

#### 12. V prípade **postihnutia oka alebo ucha** odpovedajte na nasledujúce otázky:

ste nedoslýchavý?  **nie**  **áno**

na pravé ucho uveďte nedoslýchavosť \_\_\_\_\_ % uveďte čo je príčinou ochorenia: \_\_\_\_\_

na ľavé ucho uveďte nedoslýchavosť \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

máte zhoršený zrak?  **nie**  **áno**

pravé oko uveďte počet dioptrií \_\_\_\_\_ uveďte čo je príčinou ochorenia: \_\_\_\_\_

ľavé oko uveďte počet dioptrií \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

#### 13. Poberáte / poberali ste **invalidný dôchodok**? **nie** **áno**

uveďte dôvod, obdobie od-do, % poklesu pracovnej schopnosti <sup>6</sup> \_\_\_\_\_

#### Vyhlasenie poisteného

Beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto tlačíve som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle zákona č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa, zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať uvedené osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií. Zároveň dávam súhlas: s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok a zaistovňaním na účely zaistenia, s cezhraničným prenosom osobných údajov vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov, ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov.

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa sú úplné a pravdivé. Som si vedomý(á), že nepravdivé, či neúplné odpovede môžu mať za následok odstúpenie od zmluvy, alebo zníženie, či odmietnutie plnenia v zmysle ustanovení Občianskeho zákonníka, poistných podmienok a zmluvných dojednaní.

Vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby poisťovateľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil(a), liečim a budem liečiť. Splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenie a zariadenia poskytujúce zdravotnícku starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poistnej zmluvy a pre vybavovanie poistnej udalosti i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečili, alebo s ktorými som konzultoval svoj zdravotný stav.

Dátum

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis poisteného  
alebo zákonného zástupcu

<sup>1</sup> priložte kópiu diabetickej knižky

<sup>2</sup> priložte výsledky spirometrie

<sup>3</sup> priložte kópiu kontrolného endokrinologického vyšetrenia

<sup>4</sup> priložte histologický nálezh / kópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie

<sup>5</sup> v prípade, že neviete, priložte lekársku správu prípadne kópiu kontrolného vyšetrenia

<sup>6</sup> v prípade, že neviete, priložte kópiu rozhodnutia revízneho (posudkového) lekára