

# Lekárska prehliadka

požadovaná lekárska prehliadka

2       3

Podpis zástupcu poisťovne / číslo

**Poverené zdravotnícke zariadenie, lekár**

Priezvisko, meno, titul

Adresa – ulica, číslo

obec, PSČ

Telefón

**Klient**

Prosíme lekára, aby tento formulár vyplnil s klientom a vykonal jeho identifikáciu

Pán       Pani

Priezvisko, meno, titul

Miesto narodenia

Dátum narodenia

Bydlisko – ulica, číslo

Obec, PSČ

Telefón

Zamestnanie

**1. Rodinná anamnéza**

Vysoký TK, srdcové ochorenia, cievne ochorenia, cukrovka, dedičné choroby, iné závažné choroby

**2. Osobná anamnéza**

- vrodené vady
- ochorenia srdca
- ochorenia CNS
- ochorenia dýchacích ciest
- astma
- alergie
- infekčné ochorenia
- poruchy imunity
- očné choroby, dioptrie
- iná závažná choroba
- alkohol

- cukrovka
- ochorenia pohybového aparátu
- operácie, úrazy
- duševné choroby
- ochorenia tráviaceho traktu
- ochorenia močových ciest
- ochorenia prostaty, semenníkov
- gynekologické ťažkosti
- postihnutie zmyslov
- fajčenie
- drogy

**Podrobnejšie informácie k osobnej anamnéze**

Ochorenie / úraz	Začiatok ochorenia / dátum úrazu, následky, spôsob liečenia	Vyliečené	
		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

09/2007

776/42



\*UP\*

U ktorého lekára ste sa naposledy liečili, z akého dôvodu?

---

---

**Prehlásenie**

Klient svojim podpisom potvrdil oprávnenie spoločnosti AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko k zisťovaniu jeho zdravotného stavu. Tieto informácie má k dispozícii iba AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko a vzťahuje sa na nich povinnosť mlčanlivosti podľa Zákona o poisťovníctve.

Klient vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal správne a úplne.

**Úhrada  
za vyplnenie  
správy**

Náklady tohto vyšetrenia znáša AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko za účelom uzatvorenia poistnej zmluvy. V prípade, ak po tomto vyšetrení nebude uzatvorená poistná zmluva z dôvodov na strane klienta, má AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko právo od klienta požadovať náklady spojené s lekársnym vyšetrením.

Dátum a miesto

Podpis klienta

| | | | | | | | | | |

**Lekárska  
prehliadka**

Hmotnosť

Výška

| | | | | | | | | | |

**Vyšetrenie pokožky**

| | | | | | | | | | |

**Dýchacie orgány**

| | | | | | | | | | |

**Srdce a krvný obeh**

Srdcový rytmus

Aké abnormality

pravidelný  abnormálny

Bol nájdený na srdci šelest? Aký?

áno  nie

TK-hodnota (ak je vyššia ako 140/90- opakujte meranie a uveďte všetky hodnoty)

| | | | | | | | | | |

Pulz / min.

| | | | | | | | | | |

Vyskytujú sa edémy?

Vyskytujú sa varixy?

Akého stupňa?

áno  nie

áno  nie

|

**Vyšetrenie brušných orgánov** (pečeň, črevá, slezina, žalúdok)

| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |

**Vyšetrenie obličiek a močových ciest**

- u mužov nad 56 rokov vyšetrenie prostaty

| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |

**Vyšetrenie pohybového aparátu** (chrbtica, kĺby a svaly)

| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |

**Vyšetrenie štítnej žľazy** (ev. príznaky hormonálnej poruchy)

| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |

**Vyšetrenie lymfatických uzlín**

| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |

---

**Lekárska  
prehliadka  
stupeň č. 2**

Priložte, prosím, výsledky laboratórnych vyšetrení

KO

Glykémia

Cholesterol, HDL

Pečeňové testy (AST, ALT)

Bilirubín

Kreatinín

HIV-test

Moč + sediment

EKG kludové (popis + priložiť krivku)

Vyhodnotenie výsledkov oproti normálu

---

**Lekárska  
prehliadka  
stupeň č. 3**

Priložte, prosím, výsledky laboratórnych vyšetrení

FW

KO + diff

Močovina, kreatinín, kyselina močová

Pečeňové testy (AST, ALT, GMT, LDH)

Bilirubín

Cholesterol celkový, LDL cholesterol, HDL cholesterol

Glykémia

Triglyceridy

HIV-test

Moč + sediment

RTG pľúc (popis)

EKG kludové (popis + priložiť krivku)

ERGOMETRIA (popis + priložiť krivku v pokoji a záťažovú krivku)

Vyhodnotenie výsledkov oproti normálu

---

**Celkový záver**    Vyhodnotenie výsledkov vyšetrení, prognostický záver  
(ev. návrh doplnkových vyšetrení)

Meno lekára

Dátum

Pečiatka a telefón

---

| . | . | . | . | . | . |