

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
 1091 Budapest, Üllői út 1.

 Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
 Honlap: www.alfa.hu

Leendő biztosított (ügyfél) neve:																
Születési ideje:	<input type="text"/>	év	<input type="text"/>													
Lakcíme:																
Biztosítottat azonosító okmány és száma:																
Vizsgálóintézmény neve, a vizsgálat helyszíne:																
Vizsgálóorvos neve:																
Vizsgálat időpontja:	<input type="text"/>	év	<input type="text"/>													
		hónap	<input type="text"/>													
		nap	<input type="text"/>													
		óra	<input type="text"/>													
		perc	<input type="text"/>													
Körelőzmény	Családi körelőzmény: (60 éves koruk előtt szüleinél vagy testvéreinél diagnosztizált betegség, elhalálozás esetén az ok megnevezése, életkor megadásával)															
	Életmód jellemzői: dohányzás, (Dohányzik? Ha igen, milyen fajta dohányárut és mennyit fogyaszt? Ha nem, dohányzott-e valaha? Ha abbahagyta, mikor hagyta abba?), alkoholfogyasztás															
	Van-e bármilyen betegsége? Milyen gyógyszereket szed és milyen betegségeire?															
	Milyen műtéteken és orvosi kezeléseken esett át?															
	Sport-, illetve szabadidős tevékenység (milyen tevékenységet milyen gyakran végez, egyesületnek tagja-e, sportorvosi engedélye van-e)															
Aktuális panasz, problémája																
Státusz	Vérkeringési paraméterek:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Hgmm, pulzusszám:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	perc							
	5 perc eltelte után:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Hgmm, pulzusszám:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	perc							
	Testalkati paraméterek:	Testmagasság (A):	<input type="text"/>	m	Testsúly (B):	<input type="text"/>	kg	Derékkörfogat:	<input type="text"/>	cm	BMI (B/A ²):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg/m ²		
	Fizikális vizsgálat lelete:															
Vizsg. eredmények	12 elvezetéses EKG – szabályos értékelés															
	Kérjük, jelölje, hogy mely vizsgálatokat végezte el, és ezek leleteit csatolja a jelentéshez:	<input type="checkbox"/>	vérvizsgálat	<input type="checkbox"/>	vizeletvizsgálat	<input type="checkbox"/>	12 elvezetéses EKG	<input type="checkbox"/>	szív-UH és terheléses EKG	<input type="checkbox"/>	hasi és kismedencei UH	<input type="checkbox"/>	szemfenékvizsgálat	<input type="checkbox"/>	szárazvér-mintavétel	<input type="checkbox"/>
Összefoglaló orvosi vélemény	Általános vélemény:															
	Talált eltérések:															
	Javaslat további vizsgálat végzésére:															

Kérjük, hogy a jelentés 1 példányát a vizsgált személynek, 1 példányát a biztosítótársaságnak küldje el:

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Ajánlat Feldolgozó Centrum, Orvosi irat, 9401 Sopron, Pf. 116

 Kelt: , év hó nap

Az 1997. évi XLVII. számú törvény előírásaira tekintettel ezennel aláírással hozzájárulok ahhoz, hogy a Vizsgálóorvosi jelentés nyomtatványon szereplő egészségi és személyes adataimat a felmérést végző vizsgáló és közreműködő az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.-vel kötendő életbiztosítási szerződéselem adatkezelése érdekében kezelje, azokat a Biztosító részére továbbítsa.

A leendő biztosított (ügyfél) aláírása

Vizsgálóorvos aláírása és pecsétje