

## KÉRDŐÍV SZEMBETEGSÉGBEN SZENVEDŐK, VAKOK ÉS GYENGÉNLÁTÓK SZÁMÁRA

Biztosított neve:  Születési ideje: 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

1. A diagnózis pontos megadása, vagy az elváltozás természetének leírása:

2. Mikor diagnosztizálták a betegséget, vagy mikor jelentkeztek az első tünetek:

3. Ha van/ismert – mi az oka, alapja a betegségnek, elváltozásnak:

4. Melyik szeme (volt) érintett?  Jobb  Bal  Mindkettő

5. Írja le a tüneteit, illetve – ha van – a látáskárosodás mértékét:

6. Tünetek részletezése:

a. Van jelenleg tünete?  Igen  Nem

Ha igen, akkor adja meg, hogy azok változatlanok, mérséklődőek vagy súlyosbodóak-e:

b. Ha jelenleg nincsenek tünetei, akkor adja meg, hogy mikor észlelte azokat utoljára:

c. Adja meg, hogy hányszor, illetve milyen gyakran észlelte/észleli a tünet(ek)et, valamint, hogy mennyi ideig tartott(ak) legutóbb:

7. Írja le, részletezze az alkalmazott kezelést (pl. műtét, gyógyszer, szemüveg, stb.): Mi – mikor/tartam?

8. Végeztek Önnél valaha valamilyen vizsgálatot a szembetegségével kapcsolatban?  Igen  Nem

Igen esetén részletezze, hogy mit, mikor?

9. Terveznek Önnél további kezelést vagy vizsgálatot?  Igen  Nem

Ha igen, részletezze:

10. Esett ki valaha a munkából a szembetegsége, látáskárosodása miatt?  Igen  Nem

Ha igen, részletezze, hogy miért, mikor, mennyi ideig?

11. Befolyásolta valaha a betegsége/állapota a munkavégző képességét?  Igen  Nem

Ha igen, részletezze, hogy miért, mikor, mennyi ideig?

12. Kérem, adja meg az Önt gondozó, rendszeresen ellenőrző szakorvos, illetve intézmény nevét és címét, illetve az ellenőrzés gyakoriságát

Intézmény neve:

Intézmény címe:

Szakorvos neve:

Ellenőrzés gyakorisága:

13. Kérem, adjon meg minden olyan további információt, mely Ön szerint fontos lehet:

Kérjük, csatolja a betegségével/állapotával kapcsolatos orvosi iratait, dokumentációit (pl. zárójelentés, ambuláns lap, vizsgálati eredmények)!

### NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy a kérdésekre a legjobb tudásom szerint válaszoltam. Tudomásul veszem, hogy a kérdőív a biztosítási ajánlat részét képezi, és így a betegséggemmel/állapotommal kapcsolatos bármely, a kockázat meghatározása szempontjából lényeges információ visszatartása a biztosítás érvénytelenségét vonhatja maga után.

Kelt:

Kitöltő neve

Kitöltő aláírása

Biztosított neve

Biztosított aláírása

Köszönjük együttműködését!