

| اطلاعات هویتی | | |
|--------------------------|-------------------------|---|
| ۱- نام و نام خانوادگی: | ۲- کد ملی: | |
| ۳- تاریخ تولد: | ۴- شماره همراه: | |
| ۵- طرح انتخابی: | ۶- میزان افزایش تعهدات: | <input type="checkbox"/> تعهدات پایه <input type="checkbox"/> برابر ۲ برابر |
| ۷- فرانشیز انتخابی: | ۸- قد (سانتیمتر): | <input type="checkbox"/> ۱۰ درصد <input type="checkbox"/> ۲۰ درصد |
| ۹- وزن (کیلوگرم): | ۱۰- بیمه گر پایه: | <input type="checkbox"/> دارم <input type="checkbox"/> ندارم |
| ۱۱- سازمان بیمه گر پایه: | ۱۲- استان محل سکونت: | |
| ۱۳- شهر محل سکونت: | ۱۴- شماره حساب بانکی: | |
| ۱۵- شماره شب: | ۱۶- نوع حساب: | |
| ۱۷- نام بانک: | ۱۸- نام صاحب حساب: | |

پرسشنامه سلامت

* من و کلیه اعضای خانواده (کمتر از ۶۰ سال)، در حال حاضر سابقه مصرف داروی خاصی و همچنین سابقه بستری و استفاده از خدمات درمانی بیمارستانی و یا ابتلا به بیماری‌های مزمن و زمینهای (مانند: دیابت، فشارخون، ناراحتی قلبی و کلیوی، سرطان و) را نداریم داریم.

۱- آیا تا به حال دچار بیماری یا جراحی شده‌اید که بیش از دو هفته قادر به انجام فعالیت‌های خود نباشد؟

بله خیر

۲- آیا تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟

بله خیر

۳- آیا ورزش حرفه‌ای انجام می‌دهید؟

بله خیر

۴- آیا سابقه بی‌اشتهایی و یا کاهش وزن بیش از ۱۰ کیلوگرم طی یکسال گذشته داشته‌اید؟

بله خیر

۵- آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟ (ممکن است برای تأیید وضعیت عدم استعمال دخانیات از شما خواسته شود که تحت آزمایش قرار بگیرد.)

بله خیر

۶- آیا در ۵ سال گذشته سابقه ابتلا به یکی از بیماری‌های زیر را داشته‌اید؟

بیماری‌های خونی بیماری‌های گوارشی

بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشم بیماری‌های استخوان و مفاصل

بیماری‌های غدد داخلی بیماری‌های دندان

۷- آیا تاکنون از ناراحتی در ناحیه کمر یا گردن یا مشکلات مفصلی رنج برده‌اید یا به آن دچار شده‌اید؟

بله خیر

۸- آیا در حال حاضر به یکی از اختلالات زیر مبتلا هستید یا قبلاً به آن مبتلا بوده‌اید؟

بیماری‌های پوستی

ضعف بینایی بیشتر از ۳ دیوپتر

بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری

پرسشنامه سلامت

۹- آیا در یک سال آینده، نیاز به هرگونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک دارید؟

بله خیر

۱۰- به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هرگونه بیماری دیگری را داشته‌اید؟

بله خیر

۱۱- آیا نیاز به هرگونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است، دارید؟

بله خیر

۱۲- آیا سابقه نازایی دارید؟ (ویژه بانوان)

بله خیر

۱۳- آیا از دارویی برای بیماری‌ای به مدت طولانی استفاده کرده یا می‌کنید؟

بله خیر

۱۴- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را داشته‌اید؟

بله خیر

۱۵- آیا سابقه پیوند اعضا بدن یا برداشتن عضو داشته‌اید؟

بله خیر

۱۶- آیا در حال حاضر به یکی از بیماری‌های زیر مبتلا هستید یا قبلاً به آن مبتلا بوده‌اید؟

بیماری‌های قلب و عروق شامل فشار خون بالا، سکته قلبی، حمله قلبی، سابقه جراحی قلب باز، تنگی یا نارسایی دریچه قلبی، آریتمی قلبی، پیس میکر دائم قلبی، سابقه آنژیوپلاستی، کوارکتاسیون آئورت، قرار دادن استنت در عروق، جراحی پیوند آئورت، کاردیومیوپاتی، بیماری‌های مادرزادی قلب

بیماری‌های اعصاب شامل صرع، تشنج، سابقه سکته مغزی، حمله ایسکمیک گذرای مغزی، MS (مولتیپل اسکلروز)، بیماری‌های بی‌حسی و فلجی، آلزایمر، آنوریسم مغزی، فراموشی، بیماری پارکینسون، ALS، تومور مغزی، کما، معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰

سابقه بیماری‌های زنان شامل کیست تخمدان، فیبروم رحم، PCO، پائسگی، خونریزی‌های غیرمعمول، سقط جنین

بیماری‌های دستگاه تنفسی شامل سل ریوی، برونشیت مزمن، سرطان ریه، فیبروز ریه، نارسایی شدیدی تنفسی، آسم، انحراف بینی، سینوزیت مزمن

۱۷- آیا کسی از بستگان درجه یک شما به سل، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری‌های مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی یا هر بیماری و اختلال بالقوه ارثی دیگری مبتلا بوده یا می‌باشد؟

بله خیر

۱۸- آیا تا به حال آزمایشات مربوط به HIV / AIDS، هیپاتیت B یا C مثبت داشته‌اید؟

بله خیر

۱۹- آیا سابقه بیماری‌های اعصاب و روان که نیاز به درمان در بیمارستان یا ارجاع به روانپزشک دارد شامل اسکیزوفرنی، اختلال خلق دو قطبی، افسردگی شدید، اضطراب و اقدام به خودکشی را داشته‌اید؟

بله خیر

۲۰- آیا سابقه تومور یا کانسر (سرطان) دارید؟

بله خیر

۲۱- آیا بارداری داشته‌اید یا سابقه سقط در شش ماه اخیر و یا جراحی پستان به دلایل غیر سرطان طی یک سال اخیر و یا کارگذاری پروتز در پستان داشته‌اید؟ (ویژه بانوان)

بله خیر

۲۲- آیا سابقه هرگونه درد، توده یا ترشح از پستان‌ها را دارید؟ (ویژه بانوان)

بله خیر

اینجانب در کمال سلامت عقل به کلیه سوالات پرسشنامه پاسخ داده‌ام.

امضاء