



Dôverná správa vyšetrujúceho lekára

1 Inštrukcie pre lekára

- Lekár nesmie vykonávať lekársku prehliadku týmto žiadateľom o poistenie
 - ktorí sú v príbuzenskom vzťahu s lekárom
 - ktorí sa podrobujú lekárskej prehliadke na odporúčanie obchodného zástupcu / finančného agenta, ktorý je v príbuzenskom vzťahu s lekárom (obchodný zástupca / finančný agent nesmie byť príbuzným lekára)
- Tlačivo musí byť vypísané vlastnoručne lekárom (aj odpovede na otázky).
- Všetky zmeny odpovedí, ktoré budú urobené na požiadanie žiadateľa o poistenie (napr. zmena určitej hodnoty prepísania na inú), musia byť vedľa zmeny označené symbolom (napr. *) a potvrdené podpisom žiadateľa o poistenie a podpisom lekára.
- V prípade, že lekárska prehliadka začala, toto tlačivo sa stáva majetkom Poisťovateľa. Preto nemôže byť v žiadnom prípade zadržané a zničené, ani vtedy, ak žiadateľ o poistenie alebo akákoľvek iná osoba je ochotná zaplatiť všetky náklady vzniknuté v súvislosti s lekárskou prehliadkou, s úmyslom odstrániť akúkoľvek informáciu o svojom zdravotnom stave a tým sa prípadne vyhnúť neprijateľnosti do poistenia.

2 Žiadateľ o poistenie

Meno _____	Priezvisko _____	Pohlavie <input type="radio"/> Muž <input type="radio"/> Žena	
Titul pred menom _____	Titul za menom _____	Dátum narodenia _____	Rodné číslo/IČO _____
Trvalý pobyt/Sídlo (ulica, číslo) _____	PSČ _____	Obec, štát _____	

3 Zdravotné údaje žiadateľa o poistenie

- Výška (cm) _____ Hmotnosť (kg) _____
- obvod hrudníka – plný výdych (cm) _____ obvod hrudníka – plný vdych (cm) _____
obvod brucha – v úrovni pupka (cm) _____
- Odvážili a odmerali ste poisteného osobne? Áno Nie
- Priemerná denná spotreba alkoholu (druh a objem) _____
- Priemerná spotreba cigariet (ks) _____
- Krvný tlak (ak presahuje 140/90 torr, opakujte meranie 3 x)

	prvé meranie	druhé meranie	tretie meranie
Systolický	_____	_____	_____
Diastolický	_____	_____	_____
- Pulz

	v kľude	po záťaži	3 min. po záťaži
Počet	_____	_____	_____
Nepravidelnosti za 1 min	_____	_____	_____
- Vyšetrenie srdca
opuchy Áno Nie šelest (y) Áno Nie dyspnoe Áno Nie

- áno nie
9. Zistili ste vyšetrením zmeny v nasledujúcich oblastiach?
(uvedte podrobnosti v prípade kladných odpovedí)
- a) očí, uší, ústnej dutiny, hltanu?
(v prípade poruchy zraku alebo sluchu, popíšte stupeň postihnutia a prípadnú korekciu) _____
 - b) dýchacieho ústrojenstva?
 - c) GIT – u?
 - d) uropoetického systému a pohlavného ústrojenstva?
 - e) endokrinného systému?
 - f) pohybového aparátu?
 - g) kože, krvi, lymfatických uzlín, cievneho aparátu?
 - h) nervového systému, psychiky?

10. Priložte kompletne výsledky vyšetrení krvi a moču podľa typu Lekárskej prehliadky (pri Lekárskej prehliadke typu III. aj výsledok Ergometrie).

11. Našli ste odchýlky, ktoré neboli obsiahnuté vo vyššie uvedených otázkach? Áno Nie

Ak je odpoveď na niektorú z otázok kladná, uveďte podrobnejšie informácie týkajúce sa ochorenia

12. Záverečné vyhodnotenie lekárskej prehliadky a výsledkov vykonaných vyšetrení:

Vyšetrenie vykonané v _____

Dátum vyšetrenia _____

Hodina vyšetrenia _____

Meno a priezvisko vyšetrujúceho lekára (tlačným písmom) _____

Telefón _____

+

Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bolo vyšetrenie vykonané _____

Podpis a pečiatka vyšetrujúceho lekára