

بیوست شماره ۲

پرسشنامه سلامت بیمه درمان مهر دانا

شماره:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:		شماره شناسنامه:		کد ملی:	
تاریخ تولد:		جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>		قد ..... متر وزن ..... کیلوگرم	
محل صدور:		تابعیت:		مشاغل فرعی در حال حاضر:	
وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>		مشاغل اصلی در حال حاضر:		میزان تحصیلات:	
نشانی منزل:		تلفن همراه:		نشانی محل کار:	
کدپستی:		تلفن ثابت:		آدرس الکترونیکی:	
آیا تحت پوشش بیمه گران ذیل قرار دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> تکمیلی <input type="checkbox"/>					
آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
سوالات پزشکی از بیمه شده					
ردیف					
۱	بیماریهای دستگاه تنفسی سل ریوی <input type="checkbox"/> برونشیت <input type="checkbox"/> سرطان ریه <input type="checkbox"/> نارسایی شدید تنفسی <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> بیماری ندارم <input type="checkbox"/>				
۲	بیماریهای قلب و عروق فشار خون بالا <input type="checkbox"/> سگته و یا حمله قلبی <input type="checkbox"/> آریتمی قلب <input type="checkbox"/> سابقه آنژیوگرافی <input type="checkbox"/> سابقه آنژیوپلاستی <input type="checkbox"/> جراحی قلب <input type="checkbox"/> بیماری ندارم <input type="checkbox"/>				
۳	بیماریهای گوارشی، کبد و پانکراس خونریزی گوارش <input type="checkbox"/> هیاتیت <input type="checkbox"/> واریس مری <input type="checkbox"/> بیماریهای التهابی روده (کرون، کولیت اولسرو) <input type="checkbox"/> بیماری ندارم <input type="checkbox"/>				
۴	بیماریهای خونی غده لنفاوی بزرگ شده <input type="checkbox"/> کم خونی <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> اختلالات انعقادی <input type="checkbox"/> خونریزی بدون علت <input type="checkbox"/> نارسایی کبد <input type="checkbox"/> بیماری ندارم <input type="checkbox"/>				
۵	بیماریهای اعصاب و روان اسکیزوفرنی <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> افسردگی شدید <input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/> اختلال دو قطبی <input type="checkbox"/> بیماری ندارم <input type="checkbox"/>				
۶	بیماریهای کلیه و مجاری ادراری و تناسلی نارسایی مزمن کلیه <input type="checkbox"/> خون در ادرار <input type="checkbox"/> سنگ کلیه <input type="checkbox"/> مشکلات پروستات <input type="checkbox"/> واریکوسل <input type="checkbox"/> بیماری ندارم <input type="checkbox"/>				
۷	بیماریهای مغز و اعصاب تشنج <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> ms <input type="checkbox"/> سگته مغزی <input type="checkbox"/> مشکلات حرکتی <input type="checkbox"/> فراموشی <input type="checkbox"/> حرکات غیر ارادی و لرزش <input type="checkbox"/> پارکینسون <input type="checkbox"/> معلولیت ذهنی <input type="checkbox"/> سابقه سگته مغزی <input type="checkbox"/> آلزایمر <input type="checkbox"/> بیماری ندارم <input type="checkbox"/>				
۸	بیماریهای گوش و حلق بینی و چشم انحراف بینی <input type="checkbox"/> سینوزیت <input type="checkbox"/> کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> خونریزی مکرر بینی <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> کاشت حلزون شنوایی <input type="checkbox"/> عیوب انکساری <input type="checkbox"/> آب مروارید ( کاتاراکت ) <input type="checkbox"/> آب سیاه <input type="checkbox"/> بلفارو پتوز <input type="checkbox"/> بیماری ندارم <input type="checkbox"/>				
۹	بیماریهای پوستی توده <input type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> خونریزی غیر عادی <input type="checkbox"/> حساسیت پوستی <input type="checkbox"/> زخم طول کشیده <input type="checkbox"/> خال بزرگ شده <input type="checkbox"/> تغییر رنگ و خونریزی خال ها <input type="checkbox"/> بیماری بهجت <input type="checkbox"/> سوختگی درجه ۳ <input type="checkbox"/> پسوریازیس مقاوم به درمان <input type="checkbox"/> سارکوئیدوز <input type="checkbox"/> بیماری ندارم <input type="checkbox"/>				
۱۰	بیماریهای استخوان و مفاصل				

	خشکی مفاصل <input type="checkbox"/> درد ، تورم مفاصل <input type="checkbox"/> اسکولیوز <input type="checkbox"/> پارگی رباط زانو <input type="checkbox"/> پارگی رباط شانه <input type="checkbox"/> پارگی رباط مچ پا <input type="checkbox"/> ژنووارم <input type="checkbox"/> هالوکس والگوس <input type="checkbox"/> بیماری ندام <input type="checkbox"/>
۱۱	بیماریهای غدد داخلی پرکاری و کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/> چربی خون بالا <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> تعریق شدید <input type="checkbox"/> بیماری ندام <input type="checkbox"/>
۱۲	بیماریهای عفونی سل <input type="checkbox"/> هیاتیت <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> تب مالت <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> کسیت هیداتیک <input type="checkbox"/> بیماری ندام <input type="checkbox"/>
۱۳	سابقه از کارافتادگی و نقص عضو دارید : بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات
۱۴	سابقه بستری در بیمارستان بدلیل عمل جراحی و یا بیماری که بدلیل آن به مدت طولانی دارو مصرف کرده باشید : بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات
۱۵	آیا در یکسال گذشته به پزشک مراجعه نمود - اید و یا معاینات و آزمایشات دوره ای انجام داده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> به چه علت؟
۱۶	آیا از سیگار ، مشروبات الکلی ، مواد مخدر و داروهای روانگردان استفاده کرده اید ، یا می کنید؟ میزان مصرف و مدت آن : نوع دارو:
۱۷	آیا از بستگان نزدیک شما به بیماری سرطان ، سکنه مغزی ، بیماری قلبی ، تشنج ، دیابت ، فشار خون ، نارسایی کلیه ، بیماریهای مادرزادی ، بیماریهای اعصاب و روان و بیماریهای مزمن دیگر ، مبتلا می باشند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات
۱۸	آیا در شش ماه گذشته تغییرات شدید وزن ، چربی خون بالا و تب طولانی داشته اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> به چه علت ؟
۱۹	آیا سابقه فوت زیر سن ۶۰ سال در بستگان درجه یک داشته اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نسبت: سن در زمان فوت: علت فوت:
سوابق پزشکی مخصوص بانوان	
۲۰	آیا در حال حاضر باردار هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ آخرین زایمان: توجه: چنانچه بارداری به هنگام تکمیل این فرم احراز گردد بیمه شده موظف است مراتب را جهت تعیین تاریخ شروع پوششهای بیمه ای به بیمه گر اطلاع دهد.
۲۱	آیا دچار عوارض و بیماریهای ناشی از بارداری و زایمان نظیر فشارخون حاملگی ، مسمومیت حاملگی ، سقط جنین ، مول و خونریزی های بعد از زایمان شده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۲	آیا بیماریهای خاص زنان نظیر خونریزی غیر طبیعی یا لکه بینی ، کیست تخمدان یا عفونت رحمی و غیره داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت و مدت آن:
۲۳	آیا دچار درد ، تورم یا ترشح پستانها و یا درد و تورم در ناحیه زیر بغل شده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
اینجانب ..... اعلام و تعهد می نمایم کلیه ستوالات را در کمال دقت و صداقت پاسخ داده و هیچ موضوعی را کتمان نکرده ام و در صورتیکه ثابت شود سهوا" و یا عمدا" مطلبی را خلاف واقع عنوان نموده ام حق هر گونه ادعا و نیز استفاده از مزایای بیمه تکمیلی انفرادی از اینجانب ساقط خواهد گردید.	
نام و نام خانوادگی امضاء و اثر انگشت متقاضی:	