Приложение № 8 к Правилам № 20 добровольного страхования медицинских расходов

Карта здоровья (сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица)

(сососния о состоянии зооровоя эчетрахованного янца)	
Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Страна постоянного местожительства	
Место работы, должность	_
Учебное заведение, курс	_
Адрес проживания (прописки)	_
Пол: $M \square$ $\mathcal{K} \square$ Возраст лет Рост вес	
Поликлиника (медицинский центр), в котором Вы наблюдаетесь	
	_
1. Лекарственные препараты, принимаемые Вами регулярно	
2. Оперативные вмешательства за последние 10 лет: ДА □ НЕТ □	
Если «ДА», то операция по поводу	
В ГОДУ	-
3. Наличие следующих заболеваний, зарегистрированных ранее:	
гепатит вгоду - СПИД	
венерические заболевания вгоду - ВИЧ-инфицированный	
дизентерия вгоду - ВИЧ-носитель	
брюшной тиф вгоду - носитель австралийского	
черепно-мозговая травма вгоду антигена	
•	
травмы внутренних органов вгоду - профессион. заболевание	
4. Страдаете ли Вы хроническими болезнями? ДА □ НЕТ □	
5. Если «ДА», то	
каким	
сгода, частота обострений в году: 1 раз ,2 и более	
6. Состоите на диспансерном учете с года, по пов	оду
последнее обострение вгоду	
7. Наличие группы инвалидности: ДА 🗆 НЕТ 🗆	
Если «ДА», то какая (1, 2, 3) по поводу	
с года	
пожизненно с ежегодным переосвидетельствованием	
Если группа инвалидности была ранее, то по поводу	
СНЯТА В ГОДУ	

8. 3a	болевания за последние три года (подчеркнуть	имеющ	ееся):				
-	простудные заболевания, ангины			раз			
-	пневмонии, бронхиты, плевриты, хр. бронхиты			pa3			
_	бронхиальной астмы			раз			
-	гипертоническая и гипотоническая болезнь			pa3			
_	аллергические реакции (местная, общая)			pa3			
_	язвенная болезнь, колиты			pa3			
-	язвенная болезнь, колиты ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт						
	прединфарктное состояние) в году						
-	острые и преходящие нарушения мозгового						
	кровообращения (инсульт) в			y			
-	гинекологические кровотечения в		ГОД	y			
-	ревматизм, пороки сердца, недостаточность и	кровообј	ращения				
-	хроническая почечная и печеночная недоста	точност	Ъ				
-	болезни крови, в т.ч. наследственные						
-	болезни половой сферы						
-	опухоли (доброкачественные и злокачествен	ные)					
-	эпизоды потери сознания, судорог						
-	заболевания глаз, расстройство зрения						
-	заболевания уха, горла, носа, расстройство слуха						
- сахарный диабет							
9. Наличие заболеваний, указанных в пункте 8 у родителей, братьев, сестер:							
	ДА 🗆 НЕТ 🗆						
	и «ДА», то какие						
10. F	Наблюдаетесь в диспансерах:						
-	психоневрологическом		c	года			
-	наркологическом		c	года			
-	кожно-венерологическом		c	года			
-	противотуберкулезном		c	года			
-	онкологическом		c	года			
-	эндокринологическом		c	года			
-	кардиологическом		c	года			
11. Сколько раз в году Вы обращаетесь за медицинской помощью:							
A)	по поводу острого заболевания:						
	1 раз в год \Box , 2 раза и более в год \Box ,		з в месяц				
Б)	по поводу обострения хронического заболеван						
D)	1 раз в год \Box , 2 раза и более в год \Box ,	1 pa	з в месяц				
B)	поводу простудного заболевания:	4					
10 1	1 раз в год \square , 2 раза и более в год \square ,	_					
12. I	Пребывание на листе нетрудоспособности за п	рошеди	ии год	_ раз, в т.ч.			

по поводу простудного заболевания ра 13. Стационарное лечение за последние 5	_
Если «ДА», то в году по пово,	ду
в учреждении здравоохранения	
<i>14. Курите</i> ДА 🗆	$\operatorname{HET} \ \square$
Если «ДА», то в день до 20 сигарет	свыше 20 сигарет 🗆
15. Находились на территории, подвера	гшейся радиоактивному загрязнению:
ДА 🗆 НЕТ 🗆	
Если «ДА», то в	районе,
период пребывания с п	0
Я заверяю, что, насколько я знаю, все в данные являются верными	
Я информирован и полностью согласен	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
мной выше заведомо ложной информ	•
Страховщик имеет право признать Дого	овор страхования недействительным.
Разрешаю Страховщику запрашивать и моего здоровья из учреждений здравою или обслуживаюсь.	·
Перед тем, как подписать этот доку внимательно прочитали вопросы и досто	верно ответили на них.
Страхователь	()
«»201_ г.	фамилия, инициалы
Определена группа здоровья	
Представитель Страховщика	()
м 201_ г.	фамилия, инициалы