



بیمه تعاون

پرسشنامه سلامت

مشخصات متقاضی پوشش بیمه ای :

آقا / خانم : نام پدر : شماره شناسنامه : کد ملی :
 صادره از : متولد : تابعیت : وضعیت تاهل :
 نشانی :
 تلفن :

وزن : کیلوگرم قد : سانتیمتر

۱: آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید ؟ بلی ☐ خیر ☐

۲: بیماری های دستگاه تنفسی : سل ریوی : برونشیت مزمن ☐ سرطان ریه ☐ فیروز ریه ☐ نارسایی شدید تنفسی ☐ سایر بیماریها
 هیچ بیماری ندارم ☐

۳: بیماری های قلبی و عروقی : فشار خون بالا ☐ سکنه یا حمله قلبی ☐ سابقه جراحی قلب باز ☐ تنگی یا نارسایی دریچه قلبی ☐
 آریتمی قلبی ☐ پس میکر دائم قلب ☐ سابقه آنژیوگرافی ☐ سابقه بیماری عروق قلبی ☐ سابقه آنژیو پلاستی ☐ کوارکتاسیون آئورت ☐
 قراردادن استنت آئورت ☐ قرار دادن استنت در عروق ☐ جراحی پیوند آئورت ☐ کاردیومیوپاتی ☐ سایر بیماریها
 هیچ بیماری ندارم ☐

۴: بیماری های خونی : لنفوم ☐ لوسمی ☐ هموفیلی ☐ اختلال انعقاد خون ☐ سابقه تزریق خون ☐ غده لنفاوی بزرگ شده ☐
 نقص ایمنی مادرزادی ☐ آنمی آپلاستیک ☐ سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم ☐

۵: بیماری های گوارشی : سیروز کبدی ☐ هپاتیت مزمن ☐ واریس مری ☐ بیماری های التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو)
 پولیپوز فامیلیال ☐ خونریزی های گوارشی ☐ تهوع و استفراغ مکرر ☐ زردی ☐ دردهای مزمن شکمی ☐ نارسایی های کبدی ☐
 سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم ☐

۶: بیماری های اعصاب و روان : اسکیزوفرنی ☐ اختلال خلق دو قطبی ☐ افسردگی شدید ☐ اضطراب ☐ اقدام به خود کشی ☐ سایر
 بیماریها هیچ بیماری ندارم ☐

۷: بیماری هایی مغز و اعصاب : دیسک کمر ☐ صرع (تشنج) ☐ سابقه سکنه یا حمله مغزی ☐ MS (مولتیپل اسکلروز) ☐ بیماری های
 بی حسی و فلجی ☐ آلزایمر ☐ آنوریسم مغزی ☐ فراموشی ☐ بیماری پارکینسون ☐ ALS ☐ تومور مغزی ☐ کما ☐ معلولیت ذهنی با
 ضریب هوشی زیر ۵۰ ☐ سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم ☐

امضاء و اثر انگشت

۸: بیماری کلیه و مجاری ادراری: نارسایی مزمن کلیه ☐ مجاری ادراری ☐ مشکلات پروستات ☐ خون در ادرار ☐ سنگ کلیه ☐
واریکوسل ☐ سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم ☐

۹: بیماری های روماتیسمی: آرتریت روماتوئید ☐ لوپوس ☐ شوگر ☐ خشکی و درد مفاصل ☐ دردهای عضلانی ☐ اسپوندیلیت
آنکیلوزان ☐ سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم ☐

۱۰: بیماری های پوستی: بیماری بهجت ☐ پمفیگوس ☐ ایکتیوز پوستی ☐ خالهای بزرگ یا در حال رشد ☐ خالهای تغییر رنگ یافته ☐
زخم طول کشیده ☐ توده جلدی ☐ سوختگی درجه ۳ ☐ سارکوئیدوز ☐ پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان ☐ خونریزی های زیر
پوستی ☐ سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم ☐

۱۱: بیماری های گوش و حلق و بینی: انحراف بینی ☐ سینوزیت ☐ کاهش شنوایی ☐ خونریزی های بینی ☐ سرگیجه ☐ کاشت حلزون
شنوایی ☐ سایر بیماریها هیچ بیماری ندارم ☐

۱۲: بیماریهای چشم: عیوب انکساری ☐ آب مروارید ☐ آب سیاه ☐ بلفاروشالازی ☐ کاهش بینایی ☐ نابینایی ☐ سایر بیماریها
..... هیچ بیماری ندارم ☐

۱۳: بیماری های غدد داخلی: دیابت ☐ هیپرپاراتیروئیدی ☐ کاهش یا افزایش اشتها ☐ چربی خون بالا ☐ سایر بیماریها
هیچ بیماری ندارم ☐

۱۴: سابقه بیماری های عفونی: سل ☐ هپاتیت ☐ مالاریا ☐ ایدز ☐ کیست هیداتیک ☐ سایر بیماریها
هیچ بیماری ندارم ☐

۱۵: سابقه بیماری های ارتوپدی: اسکولیوز ☐ پارگی رباط زانو، شانه و مچ پا ☐ زانوواروم ☐ هالوکس والگوس ☐ سایر بیماریها
هیچ بیماری ندارم ☐

۱۶: سابقه تومور یا کانسر: ☐ بلی ☐ خیر ☐

نام محل تومور یا سرطان: مدت بروز:

۱۷: سابقه پیوند اعضا بدن: ☐ بلی ☐ خیر ☐

نام عضو پیوندی: تاریخ پیوند:

۱۸: سابقه جراحی: فتق ☐ هموروئید ☐ فیستول ☐ سایر بیماریها خیر ☐

۱۹: آیا دچار نقص عضو شده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐

۲۰: آیا دچار از کار افتادگی شده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐

۲۱: آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده کرده یا میکنید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐

در صورت ترک، مدت زمان آن نوع اعتیاد میزان مصرف و مدت آن

امضاء و اثر انگشت

۲۲: آیا از دارو برای بیماری مدت طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ بلی ☐ خیر ☐

نوع دارو میزان مصرف و مدت آن

۲۳: آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکه مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی و یا هر نوع بیماری مزمن مبتلا بوده یا می باشند؟ بلی ☐ خیر ☐

۲۴: در صورت مونث بودن آیا حامله می باشید؟ بلی ☐ خیر ☐

۲۵: آیا در یکسال گذشته از خدمات تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی و ...) استفاده کرده اید؟ بلی ☐ خیر ☐

۲۶: آیا در ۵ سال گذشته به هر علت به پزشک متخصص مراجعه نموده اید؟ بلی ☐ خیر ☐

۱.
۲.
۳.
۴.
۵.
۶.

اینجانب اعلام و تعهد می نمایم به کلیه سوالات در کمال صداقت پاسخ داده ام و هیچ موضوعی را کتمان نکرده ام و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هر گونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب ساقط خواهد گردید.

نام و نام خانوادگی

امضا و اثر انگشت