

لطفا اطلاعات درخواستی ذیل را با دقت تکمیل فرمائید:

نام و نام خانوادگی: _____ تاریخ تکمیل (مدت اعتبار پرسشنامه یک ماه از تاریخ تکمیل است): _____
 کد ملی: _____ تاریخ تولد: _____ نام پدر: _____
 جنسیت: _____ وضعیت تاهل: _____ تلفن همراه: _____
 قد: _____ سانتیمتر وزن: _____ کیلوگرم نوع پرداخت: نقد اقساط نام سازمان بیمه گذار: _____

آیا به ناراحتی یا بیماری‌های زیر مبتلا بوده یا هستید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض به جا مانده را بنویسید.

۱- بیماری‌های دستگاه تنفس: سل ربوی برونشیت مزمن سرطان ریه فیروز ریه
 نارسایی شدیدی تنفسی آسم آلرژی فاقد بیماری

سایر: _____

۲- بیماری‌های قلب و عروق: فشارخون بالا سکت قلبی درد قفسه سینه سابقه جراحی قلب باز تنگی یا نارسایی دریچه قلبی
 آریتمی قلبی پیس میکر قلبی سابقه آنژیوپلاستی (استنت و بالون) آنژیوگرافی جراحی پیوند آنورت جراحی قلبی
 نارسایی قلبی واریس اختلالات عروقی جراحی عروقی فاقد بیماری

سایر: _____

۳- بیماری‌های خونی: لنفوم لوسمی هموفیلی اختلال انعقاد خون سابقه تزریق خون
 غده لنفاوی بزرگ شده نقص ایمنی آنمی آپلاستیک تالاسمی بزرگی طحال سرطان خون
 فاقد بیماری

سایر: _____

۴- بیماری‌های گوارشی: سیروز و نارسایی کبدی هپاتیت مزمن واریس مری بیماری‌های التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو)
 پانکراتیت زخم یا ورم معده سنگ کیسه صفرا خونریزی‌های گوارشی تهوع و استفراغ مکرر زردی
 دردهای مزمن شکمی فتق شکمی پولیپ روده فاقد بیماری

سایر: _____

۵- بیماری‌های اعصاب و روان: اسکیزوفرنی اختلال خلق دو قطبی افسردگی اضطراب اقدام به خودکشی
 وسواس فاقد بیماری

سایر: _____

۶- بیماری‌های مغز و اعصاب: (صرع) تشنج سابقه سکت مغزی حمله‌گذاری مغزی MS (مولتیپل اسکلروز) بیماری‌های بی‌حسی و فلجی
 آلزایمر اختلالات عروق مغزی فراموشی بیماری پارکینسون بیماری ALS تومور مغزی
 کما معلولیت ذهنی فاقد بیماری

سایر: _____

۷- بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار: نارسایی مزمن کلیه اختلالات مجاری ادراری عفونت‌های ادراری راجعه خونریزی در ادرار
 سنگ کلیه و مجاری ادراری دیالیز فاقد بیماری

سایر: _____

۸- بیماری‌های استخوان و مفاصل: آرتروز و ساییدگی مفاصل لوپوس شوگرن خشکی و درد مفاصل
 دردهای عضلانی اسپوندیلیت آنکیلوزان انحراف ستون مهره‌ها روماتیسم مفصلی پوکی استخوان بیرون‌زدگی دیسک مهره‌ها
 سابقه شکستگی وجود پیچ و پلاک در بدن بدشکلی (انحراف) اندام‌ها درد کمر تنگی کانال نخاعی فاقد بیماری

سایر: _____

۹- بیماری‌های پوستی: بیماری بهجت پمفیگوس ایکتیوز پوستی خال‌های بزرگ یا درحال رشد یا خال‌های تغییر رنگ یافته زخم طول کشیده سوختگی درجه ۳ سارکوئیدوز خونریزی‌های زیر پوستی لیکن پلان آلرژی و حساسیت‌های پوستی فاقد بیماری سایر: _____

۱۰- بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشم: کاهش شنوایی خونریزی‌های بینی کاهش بینایی نایب‌نایی کاشت حلزون شنوایی سرگیجه بیماری‌های شبکه‌ای از جمله خونریزی یا جداسازی شبکیه ناشنوایی کاتاراکت فاقد بیماری گلوکوم سایر: _____

۱۱- بیماری‌های غدد داخلی: دیابت بیماری تیروئید کاهش یا افزایش اشتها چربی خون بالا بیماری فوق کلیوی افزایش پرولاکتین بیماری‌های هیپوفیز فاقد بیماری سایر: _____

۱۲- بیماری‌های دستگاه تناسلی مردان: واریکوسل هیدروسل مشکلات پروستات سابقه پیچ‌خوردگی بیضه هایپوسیدیازیس فتق فاقد بیماری سایر: _____

۱۳- سابقه بیماری‌های زنان: کیست تخمدان میوم یا فیبروم رحم توده یا کیست پستان آندومتریوز خونریزی‌های غیر معمول سقط جنین هرگونه ترشح از پستان و یا تغییر شکل پستان افتادگی رحم فاقد بیماری سایر: _____

۱۴- سابقه بیماری‌های عفونی: سل ایدز هپاتیت مالاریا کیست هیداتیک کروئای منجر به بستری بروسلاوز بیماری‌های مقاربتی (گنوره، سفلیس، شانکروئید و...) فاقد بیماری سایر: _____

۱۵- سابقه پیوند اعضا بدن: بلی خیر نام عضو پیوندی: _____ تاریخ پیوند: _____

۱۶- سابقه نازایی: بلی خیر در صورت پاسخ مثبت اقدامات درمانی ذکر شود: _____

۱۷- سابقه تومور یا کانسر (سرطان): بلی خیر نام محل تومور یا سرطان: _____ مدت بروز: _____

۱۸- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید: بلی خیر در صورت پاسخ مثبت علت بستری ذکر شود: _____

۱۹- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید: بلی خیر عمل، زمان و نتیجه آن: _____

۲۰- آیا دچار نقص عضو شده‌اید: بلی خیر در چه ناحیه‌ای: _____

۲۱- آیا دچار از کار افتادگی شده‌اید: بلی خیر به چه میزان: _____

۲۲- آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر و یا محرک استفاده کرده یا می‌کنید: بلی خیر در صورت ترک، مدت زمان آن: _____ نوع اعتیاد: _____ میزان مصرف و مدت زمان آن: _____

خیر بلی

۲۳- آیا از دارویی برای بیماری‌ای به مدت طولانی استفاده کرده یا می‌کنید:

نوع دارو: _____ میزان مصرف و مدت آن: _____

۲۴- آیا کسی از بستگان درجه اول شما بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشند:

خیر بلی

نسبت و نام بیماری: _____

خیر بلی

۲۵- آیا در حال حاضر باردار هستید؟

خیر بلی

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

نوع عمل: _____

خیر بلی

۲۷- نیاز به هرگونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است؟

نوع درمان: _____

خیر بلی

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

در صورت پاسخ مثبت لطفاً موارد را ذکر نمایید:

اطلاعات حساب بیمه شده:

شماره شبا:

نام بانک:

شماره حساب:

نوع حساب:

مالک حساب:

اطلاعات حساب سرپرست قانونی برای بیمه شدگان زیر ۱۸ سال ثبت گردد.

تاریخ، مهر و امضاء بیمه‌گذار:

