

שאלון המשך רפואי

| | | | |
|-----------|-----|----------|---|
| שם הסוכן | | מס' סוכן | |
| שם המבוטח | | ת.ז. | ס"ב |
| שם פרטי | | שם משפחה | במקרה והיך מבוטח המשני רשום פרטי מבוטח ראשי |
| ת.ז. | ס"ב | ת.ז. | תאריך |

שאלון סוכרת (1)

- מהו סוג הסוכרת ממנה הך סובל/ת או סבלת בעבר?
 דיאבטיס אינספיידוס דיאבטיס מליטוס סוכרת תלוית אינסולין סוכרת לא תלוית אינסולין סוכרת הריונית אחר ____ לא ידוע
 לסוכרת הריונית עני על השאלה הבאה, אחרת עברי לשאלה מספר 3.
- סוכרת הריונית**
 - האם היך הרה כעת? כן לא
 - האם רמת הסוכר חזרה לנורמה לאחר ההריון? כן לא
 - מתי אובחנה המחלה לראשונה? חודש/שנה
 - פירוט תוצאות בדיקות אחרונות (עדכניות)
- HbA1c (המוגלובין מסוכר)** %
רמת סוכר בדם mg %
 חלבון בשתן כן לא
 סוכר בשתן כן לא
- פוקטוזאמין (גליקופרוטאין)** mmol/L
 האם היך מבקר/ת או נמצא/ת במעקב רפואי במרפאת סוכרת או אצל רופא מטפל לפחות פעם בשנה? כן לא
- האם היך סובל מאחת או יותר מהבעיות / הסיבוכים שברשימה הבאה? **נא סמן** שומנים בדם (כולסטרול וכד') תרדמת נמק (נגרנה) פגיעה בלב תת סוכר היפוגליקמיה פגיעה בגפים לחץ דם פגיעה בכליות פגיעה ברשתית פגיעה בכלי דם ללא סיבוכים / בעיות נוספות לא ידוע / אחר _____
- איזה טיפול היך מקבל :
 אינסולין כדורים דיאטה לא ידוע אחר _____

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

| | |
|------|--------------|
| ת.ז. | חתימת המבוטח |
|------|--------------|

| | |
|----------|----------|
| שם הסוכן | מס' סוכן |
|----------|----------|

| | | | |
|-----------|---------|-----|-------|
| שם המבוטח | ת.ז. | ס"ב | תאריך |
| שם משפחה | שם פרטי | ס"ב | ת.ז. |

שאלון גב ועמוד שדרה (2)

1. ציין מאיזו בעיה / מחלה הינך סובל :

אנקילוזינג ספונדיליטיס (דלקת חוליות מקשחת) כאבי גב מתח בגב ספונדילוזיס חוליות הצוואר שבר / שברים בחוליות קיפוזיס (גיבנון) לומבגו (כאב מותני) מתח לומברי (מתח שרירי בגב מותני) מתיחת שרירים אף אחד מהנ"ל בלט, דיסק נשית / אישיאס סקוליוזיס (עקמת) פריצת דיסק ספינה ביפידה (שידרה שסועה) מתח בעמוד שדרה ספונדיליטיס (דלקת חוליות) לא ידוע אחר _____ ספונדילוזיס (קשחת חוליות) כאב שרירי עמוד השדרה צליפת שוט

2. באיזה אזור בגב קיימת הבעיה?
 עמוד שדרה צווארי עמוד שדרה תחתון / מותני/ סקראלי / עצם הזנב עמוד שדרה גבי יותר מאזור אחד לא יודע

3. האם הינך ממתין לברור רפואי? כן לא

4. האם הינך מועמד לניתוח? כן לא

5. מתי לאחרונה הופיעו סימפטומים/התקף? (חודש/שנה)

6. ציין מספר אירועים/התקפים עד היום

7. האם הנך סובל מבעיות/מחלות אחרות הקשורות לפגיעה/למחלה הנ"ל? כן לא

8. כמה ימים נעדרת מהעבודה בעקבות הארוע האחרון?

שאלון בעיות פרקים - ארטריטיס / ראומטיזם (3)

1. ציין מה הפגיעה / מחלה ממנה הינך סובל ?

CTS תסמונת התעלה הקרפלית אוסטאוארטריטיס אחר _____ ראומטיזם ראומטואיד ארטריטיס (דלקת פרקים) סינוביטיס (דלקת) טנוסינוביטיס (דלקת בגידים) לא ידוע

2. האם אושפזת בחמש שנים אחרונות? כן לא

3. איזה טיפול אתה מקבל? טיפול נוגד דלקות וכאבים אחר/לא יודע פיזיותרפיה סטרואידים ללא טיפול

4. האם הינך סובל מהסיבוכים הבאים? בעיות לב בעיות נשימה אחר ללא סיבוכים לא יודע

5. מתי לאחרונה סבלת מסימפטומים/כאבים? (חודש/שנה)

6. כמה זמן נעדרת מעבודתך עקב המחלה הנ"ל? (בשבועות)

7. האם הנך ממתין לברור רפואי?

8. האם הנך ממתין לניתוח?

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותיי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח, ובמקרה ותשובותיי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

| | |
|-------------------------------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | |
| חתימת המבוטח | תאריך |

| | |
|----------|----------|
| שם הסוכן | מס' סוכן |
|----------|----------|

| | | |
|--|----------|---------|
| שם המבוטח | ת.ז. | ס"ב |
| במקרה והיך מבוטח המשני רשום פרטי מבוטח ראשי | שם משפחה | שם פרטי |
| ת.ז. | ס"ב | ת.ז. |

שאלון דרכי הנשימה (4)

1. ציין מאיזו בעיה בדרכי הנשימה היך סובל :

- אסטמה אסטמה אלרגית אסטמה כתוצאה מדלקת אסטמה קרדיאלית (קשורה ללב) אסטמה ממאמץ
 אסטמה הנובעת מעיסוק אסטמה מתמשכת (STATUS ASTMA) קדחת השחת COPD מחלת ריאות חסימתית כרונית
 הפרעות/ חסימות בדרכי הנשימה אי ספיקה נשימתית אסטמה ברונכיאלית סינוסיטיס אסטמטית ברונכיט אלרגית
 הפרעות ברונכיליות תופעות חנק / לחץ בחזה בעת נשימה דלקות חוזרות בדרכי הנשימה אחר _____
 לא ידוע

2. איזה תרופות קיבלת / היך מקבל?

- ללא תרופות טיפול לסירוגין (לא בסטראידים) טיפול קבוע (לא סטראידים) טיפול לסירוגין בסטראידים
 טיפול קבוע בסטראידים אחר _____

3. האם היך סובל מהפרעות נשימה / צפצופים בין התקפים?

4. מכמה התקפים או החמרה במצבך סבלת בשנתיים האחרונות?

5. מתי סבלת מהתקף בפעם האחרונה? חודש _____ שנה _____

6. האם אושפזת 5-ב שנים אחרונות עקב בעיית הנשימה? כן לא

שאלון נכויות (5)

1. האם נקבעה לך נכות או היך נמצא בתהליך קביעת נכות? כן לא

אם נקבעה נכות, בא פרט נכות זמנית נכות קבועה טרם נקבעה נכות אחוז הנכות שנקבע _____

2. ממה נובעת הנכות / המוגבלות?

מחלה, או נכות המתבטאת כמחלה תאונה / פגיעה / פגיעה מום מולד

3. אם מום מולד / מחלה / מתבטא כמחלה בא ציין מחלה _____

4. אם נובע מתאונה / פגיעה / פגיעה בא ציין תחומי פגיעה (ניתן לבחור יותר מתחום אחד)

| | |
|------------|--------------|
| תחום פגיעה | תאריך הפגיעה |
|------------|--------------|

| | |
|------------|--------------|
| תחום פגיעה | תאריך הפגיעה |
|------------|--------------|

5. בא ציין פגיעה מפורטת (פגיעה מפורטת באצבעות או אברים זוגיים לדוגמא: ידיים, רגליים, עיניים, שמיעה)

א. תחום מפורט צד ימין שמאל

ב. תחום מפורט צד ימין שמאל

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

| | | |
|-------|-------------------------------------|--------------|
| תאריך | <input checked="" type="checkbox"/> | חתימת המבוטח |
|-------|-------------------------------------|--------------|

| | |
|----------|----------|
| שם הסוכן | מס' סוכן |
|----------|----------|

| | | |
|---|----------|---------|
| שם המבוטח | ת.ז. | ס"ב |
| במקרה והיך מבוטח המשני רשום פרטי מבוטח ראשי | שם משפחה | שם פרטי |
| ת.ז. | ס"ב | ת.ז. |

שאלון מערכת דרכי העיכול (6)

- סמן את הבעיה ממנה היך סובל
 - צרבות / עודף חומציות/ דיספסיה
 - גירוי של המעיין / גסטרואנטריטיס
 - גירוי / דלקת של מערכת עיכול עליונה / גסטריטיס / דואודניטיס
 - כיב בתרסריון / מחלת קרון
 - מעי רגיש/IBS
 - בקע סרעפתי
 - קוליטיס
 - אולצריטיב קוליטיס
 - כיב קיבה
 - מחלת קרון
 - קוליטיס
 - אחר, פרט שם מחלה
 - לא ידוע / לא אובחן
- האם היך ממתין לבירור רפואי? כן לא
- האם אתה מועמד לניתוח? כן לא
- האם עברת ניתוח? כן לא
- מתי עברת ניתוח? (חודש/שנה)
- האם היך סובל/סבלת בעבר מהסיבוכים הבאים:
 - דימומים
 - שלשולים
 - ניקוב מעיין / קיבה / תרסריון (פרפורציה)
 - שטף דם
 - אחר
 - ללא סיבוכים
 - לא ידוע
- איזה טיפול היך מקבל?
 - בוגדי חומצה (כמו טגמט זאנטק)
 - דיאטה
 - ללא טיפול
 - חוקנים, קצף, נרות, תרופות כגון salazopyrin, rafasal, pentassa, asacol
 - סטרואידים או תרופות נוגדות מערכת החיסון כגון: forintol, imuran, metotrexat
 - אחר / לא ידוע
- מתי סבלת מהבעיה לאחרונה?
- כמה זמן נעדרת מעבודתך עקב המחלה הנ"ל? (בשבועות)

שאלון גידולים (7) (נא לצרף דוח היסטולוגי)

- נא פרט/י אבחנה מדויקת
 - אדנומה
 - ציסטה או גידול
 - סרטן
 - פיברואדנומה
 - סרטן הדם (לוקמיה)
 - ליפומה
 - גידול ממאיר
 - לא ידוע
 - אחר _____ פוליפ
- מתי התגלתה המחלה לראשונה? חודש/שנה
- האם היו אירועים חוזרים? כן לא
- מתי היה הטיפול האחרון? חודש/שנה
- נא ציין/י את מיקום הגידול
- מוח שדיים מעיין כליות ריאות אחר כליות פוליציסטיות (ציסטות בכליות) עור בלוטת המגן לא ידוע
- כמה זמן נעדרת מעבודתך עקב מצבך הרפואי הנ"ל ב-5 השנים האחרונות? ימים
- האם היך מקבל / מתעתד לקבל טיפול רפואי? כן לא
- האם החלמת וחזרת לעבודה מלאה? כן לא

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

| | |
|--------------|-------------------------------------|
| תאריך | <input checked="" type="checkbox"/> |
| חתימת המבוטח | |

| | | | |
|-----------|--|----------|-----|
| שם הסוכן | | מס' סוכן | |
| שם המבוטח | | ת.ז. | ס"ב |
| שם פרטי | | ת.ז. | ס"ב |
| שם משפחה | | שם פרטי | |

שאלון בעיות נפשיות (8)

1. סמן את האבחנה / הבעיה

דיכאון דיכאון אינדוגני דיכאון מניה עצבנות אחר _____ הפרעות באישיות תגובה דיכאונית
 סיכזופרניה לחץ (סטריס) לא ידוע

2. האם טופלת באישפוד / אישפוד יום / רופא פסיכיאטר? כן לא

3. מה הטיפול שקיבלת בשנתיים האחרונות?

תרופות מוגדות דיכאון כמו וואליום, פרוזק התייעציות (שיחות) זריקות אחר _____ פסיכותרפיה
 כדורי שינה תרופות מרגיעות לא ידוע ללא טיפול

4. האם נעדרת מעבודתך או מהפעילות השגרתית שלך ב 5 שנים אחרונות עקב המחלה הנ"ל? כן לא

שאלון יתר לחץ דם (9)

1. מתי לראשונה התגלה יתר לחץ דם? (חודש/שנה)

2. בא ציין תוצאות ערכי לחץ דם מבדיקה אחרונה: תוצאה _____ / _____ תאריך _____

3. מהם סוגי הטיפולים שהנך מקבל:

טיפול תרופתי דיאטה רפואה אלטרנטיבית ניתוח לא דרוש טיפול אחר _____

4. האם סבלת או הנך סובל מסיבוכים הנובעים מיתר לחץ דם:

בעיית כל דם בעיות כליות עיניים אחר _____ ללא סיבוכים

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | תאריך |
| <input type="checkbox"/> | חתימת המבוטח |

| | |
|----------|----------|
| שם הסוכן | מס' סוכן |
|----------|----------|

| | | | |
|-----------|---------|------|-------|
| שם המבוטח | ס"ב | ת.ז. | תאריך |
| שם משפחה | שם פרטי | ס"ב | ת.ז. |

| שאלון מחלות כללי (10) | |
|---|-------------------------------|
| 1. בא פרטי/אבחנה מדוייקת | |
| 2. מתי התגלתה הבעיה לראשונה / מה מועד ההתקף הראשון? שנה/חודש _____ משך _____ ימים/חודשים/שנים | |
| 3. מתי סבלת מהתקף אחרון? תאריך _____ כמה התקפים היו לך עד היום? | |
| מה תדירות ההתקפים בשנה? _____ מתי חלפה הפגיעה / המחלה? | |
| 4. בא פרטי/את סוג הטיפול שקבלת | |
| א. טיפול תרופתי | ○ לא ○ כן, אם כן, ציין: |
| שם תרופה | מינון |
| מתי התחלת ליטול את התרופה לראשונה? | תאריך סיום נטילת התרופה |
| שם תרופה | מינון |
| מתי התחלת ליטול את התרופה לראשונה? | תאריך סיום נטילת התרופה |
| שם תרופה | מינון |
| מתי התחלת ליטול את התרופה לראשונה? | תאריך סיום נטילת התרופה |
| ב. דיאטה | ○ לא ○ כן |
| ג. פיזיותרפיה | ○ לא ○ כן |
| ד. רפואה אלטרנטיבית | ○ לא ○ כן |
| ה. ניתוח | ○ לא ○ כן |
| ו. לא נדרש טיפול | |
| ז. אחר | ○ לא ○ כן, אם כן, בא פרטי/ |
| 5. ציין תוצאות בדיקות אחרונות: | |
| א. הדמ"ה: | תאריך _____ תקין |
| ב. מדידות לחץ דם: | תאריך _____ תוצאה |
| ג. אחר | ○ לא ○ כן, אם כן, בא פרטי |
| 6. האם נעדרת מעבודתך עקב הפגיעה/המחלה הני"ל? ○ לא ○ כן אם כן, בא ציין: תאריך _____ ימי היעדרות _____ | |
| תאריך _____ ימי היעדרות _____ תאריך _____ ימי היעדרות _____ | |
| 7. האם הנך סובל או סבלת מסיבוכים עקב הפגיעה / המחלה? ○ לא ○ כן | |

| הצהרה | |
|--|-------------------------------------|
| אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף. | |
| תאריך | <input checked="" type="checkbox"/> |
| חתימת המבוטח | |