

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА-ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заполнить анкету должен семейный врач, участковый терапевт или другой врач, имеющий наиболее полную информацию о состоянии здоровья Застрахованного. Анкета заполняется по результатам медицинского осмотра Застрахованного. Заполнив анкету, убедитесь, что Вы подробно и точно ответили на каждый вопрос. Если на какой-либо вопрос не получен ответ, анкета НЕ СЧИТАЕТСЯ ЗАПОЛНЕННОЙ.

Страховая компания несёт ответственность за
АБСОЛЮТНУЮ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ предоставленной Вами информации.

1. Общая информация

1. Фамилия, имя, отчество, паспортные данные лица, проходящего анкетирование.					
2. Пол	<input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен				
3. Возраст:	лет:		дата рождения:		место:
4. Рост:	_____		См		
5. Вес:			Кг		
6. Окружность в груди			См		
7. Окружность в талии			См		
8. Объем живота по высшим точкам					
9. Каково артериальное давление в мм. рт.ст. (систолическое \ диастолическое)?	1е измерение:		систолическое		диастолическое
Пожалуйста, проведите 2 последующих измерения через 5 и 10 минут, если показатели первого измерения превышали 140\90					
	2е измерение:		систолическое		диастолическое
	3е измерение:		систолическое		диастолическое
10. Укажите, пожалуйста, частоту пульса?	В состоянии покоя:				
	После 10 активных приседаний:				
	2 мин. спустя:				

2. Сведения о состоянии здоровья анкетированного:

Заполняется каждая графа анкеты!	Да	Нет	Дополнительная информация
3. Наличие послеоперационных рубцов, шрамов или других повреждений кожи			
4. Увеличение щитовидной железы или лимфатических узлов, наличие участков уплотнения молочных желез или другие опухоли?			
5. Наличие грыжи, варикозного расширения вен, геморроидальных узлов?			
6. Какие-либо пороки развития или физические отклонения			
7. Рекомендовано ли оперативное или иное лечение			
Границы относительной тупости сердца, их изменения.			
11. Любые отклонения в деятельности сердца. Тоны сердца и ритм. При наличии шумов в сердце, укажите тип, степень выраженности, локализацию и иррадиацию шума.			
12. Частота и характер дыхания.			
13. Наличие одышки?			
14. Опишите подробно в таблице любые признаки настоящего или перенесенного заболевания, в том числе затрудненность дыхания, наличие хрипов в легких, крепитации и т.д.			
Заболевания полости рта или гортани			
Заболевания желудка, кишечника, желчевыводящих путей, печени, селезенки			
Иная патология со стороны желудочно-кишечного тракта			
Нарушения слуха, речи, походки			
Сухожильные и зрачковые рефлексы в норме			
Имеются ли какие-либо еще отклонения от нормы со стороны центральной нервной системы			
Опишите любые обнаруженные признаки (в том числе, по результатам анализа мочи) заболевания почек, мочевого пузыря, предстательной железы, половых органов в таблице			

<p>Анализ мочи. Используются результаты предыдущего анализа, если он был сделан не ранее полугода от даты заполнения анкеты, в ином случае должен быть проведен повторный анализ мочи.</p> <p>Результаты анализа мочи могут быть представлены на отдельном бланке.</p> <p>Дата проведения анализа мочи Укажите количественные результаты: наличие белка; глюкозы; уробилина крови. Есть ли макроскопические признаки наличия гноя, нитевидных субстанций или иных инородных тел в моче? (нужное отметить)</p> <p>Укажите точно, какой метод был использован для анализа мочи (по Нечипоренко, по Аддис-Каковскому)</p>			
<p>Были ли выявлены в ходе обследования какие-либо факторы, которые могут оказать влияние на продолжительность жизни пациента или его способность работать по специальности? Если “Да”, пожалуйста, ответьте подробно в таблице</p>			
<p>Известен ли Вам какой-либо факт, помещающий пациента в группу риска по ВИЧ-инфекции или другим заболеваниям, передающимся половым путем или внутривенно? Если “Да”, ответьте подробно в таблице.</p>			
<p>Вы знакомы с пациентом? Если “Да”, пожалуйста, ответьте подробно.</p>			
<p>Я, _____, разрешаю ООО «Страховое общество «Помощь» использовать вышеизложенную информацию для принятия решения об условиях страхования, заключения и исполнения договора страхования</p> <p>_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)</p>			
<p>Заключение:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p style="text-align: center;">Примечания:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p><i>Подтверждаю, что я опросил и осмотрел пациента и ответил на все вопросы данной формы добросовестно и в соответствии с моей квалификацией</i></p> <p>_____ (специальность врача)</p> <p>_____ (Ф.И.О.) _____ (Подпись)</p> <p>ДАТА: _____ М.П. лечебного учреждения</p>			