



Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika

A. Identifikacioni podaci osiguranika

IME I PREZIME OSIGURANIKA		DATUM ROĐENJA	POL M <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>
JMBG	LBO (LIČNI BROJ OSIGURANIKA NA ZDRAVSTVENOJ KNJIŽICI)	TELEFON	E-MAIL
MESTO, OPŠTINA, ULICA I BROJ			
OSIGURANIK JE: NOSILAC OSIGURANJA <input type="checkbox"/> SUPRUŽNIK <input type="checkbox"/> DETE NOSIOCA <input type="checkbox"/> (za maloletno dete popunjava roditelj ili staratelj)			

B. Opšti zdravstveni podaci

1. VISINA OSIGURANIKA (CM)	TELESNA TEŽINA (KG)	2. NAZIV ZDRAVSTVENE USTANOVE U KOJOJ SE LEČITE I/ILI U KOJOJ IMATE OTVOREN ZDRAVSTVENI KARTON, KAO I IME VAŠEG LEKARA		
3. UKOLIKO SE BAVITE SPORTOM, NAVEDITE KOJIM KAO I UČESTALOST BAVLJENJA (REKREATIVNO, AKTIVNO)				
4. DA LI KONZUMIRATE NEŠTO OD SLEDEĆEG? CIGARETE <input type="checkbox"/> CIGARE <input type="checkbox"/> KOLIKO DNEVNO? <input type="checkbox"/> OSTALE LAKE, TEŠKE DROGE (VRSTA, DNEVNA KOLIČINA I KOLIKO DUGO)? ALKOHOL: PONEKAD <input type="checkbox"/> SVAKO DANA <input type="checkbox"/> Ako je odgovor svakog dana, navedite vrstu alkohola i količinu:				
5. DA LI IMATE ILI STE IMALI BOLESTI KOJE SU ZAHTEVALE REDOVNU LEKARSKU KONTROLU I TERAPIJU? Ukoliko je odgovor DA navedite detalje: dijagnozu, period trajanja, koja vrsta lečenja (u kojoj dozi), učestalost kontrola i poslednja kontrola? Molimo da priložite kopiju medicinske dokumentacije ukoliko istom raspolazete.			DA	NE
6. DA LI BOLLIJETE KAO I DA LI STE IKADA BOLOVALI OD SLEDEĆIH BOLESTI: Ukoliko je odgovor na bilo koji deo pitanja DA, molimo Vas navedite koje i u kom periodu. Molimo da priložite kopiju medicinske dokumentacije ukoliko istom raspolazete.				
SRCA, KRVOTOKA ILI KRVNIH SUDOVA? (povišeni krvni pritisak, srčane smetnje, osećaj pritiska u grudima, nedostatak vazduha, smetnje u prokrvljenosti, moždani udar, proširene vene, tromboza, i sl.)			DA	NE
NERVNOG SISTEMA? (npr. oduzetost, slabost, epilepsija, multipla skleroza, učestale glavobolje, migrena, vrtoglavice, i sl. ili mentalne tegobe (depresija, psihoza, neuroza, anksioznost, i sl.))			DA	NE
ČULA? (npr. oči - smetnje u vidu ili oboljenja mrežnjače, duplirane slike; uši ili nos i sl.)			DA	NE
KOSTIJU, KIČME, ZGLOBOVA ILI MIŠIĆA? (npr. reuma, artritis, bolesti kičmenog stuba, artroze, osteoporoza, zglob kolena, i sl.)			DA	NE
SISTEMA ZA RAZMENU MATERIJA (METABOLIZMA)? (npr. šećer, povećane masnoće u krvi - npr. holesterol, trigliceridi, i sl., giht, žlezde - npr. štitna žlezda, i sl.)			DA	NE
ORGANA ZA DISANJE? (npr. hronični bronhitis, astma, TBC, i sl.)			DA	NE
ORGANA ZA VARENJE? (gastritis, stomak ili creva, hemoroidi, žuč, jetra ili pankreas, čir, hemoroidi, kamen u žuči, masna jetra, i sl.)			DA	NE
BUBREGA ILI MOKRAĆNIH KANALA? (upala bešike ili bubrega, kamen ili pesak u bubregu, krv u urinu, i sl.)			DA	NE
KRVI ILI IMUNOG SISTEMA? (infektivna oboljenja, anemija, alergije, HIV-infekcija, leukemija, i sl.)			DA	NE
KOŽE ILI POTKOŽNOG TKIVA? (npr. ekcemi, gljivična oboljenja, psorijaza, i sl.)			DA	NE

ŽENSKIH ILI MUŠKIH POLNIH ORGANA? (npr. miomi na materici, ciste, ranice na grliću, oboljenje dojke i sl., upala testisa, prostata, i sl.)	DA	NE
TUMORI? (dobročudni tumori, ciste, polipi, zloćudni tumori, druge maligne bolesti, i sl.)	DA	NE
DRUGE ZDRAVSTVENE SMETNJE KOJE NISU NAVEDENE?	DA	NE
7. DA LI TRENUTNO KORISTITE BOLOVANJE I DA LI STE KORISTILI BOLOVANJE U POSLEDNIH GODINU DANA? Ukoliko je odgovor DA, navedite koliko dugo i zbog koje bolesti/operacije.	DA	NE
8. DA LI STE IKADA BILI POD STALNOM LEKARSKOM KONTROLOM, DA LI STE IMALI AMBULANTNO ISPITIVANJE ILI LEČENJE KAO I DA LI STE IKADA BILI NA BOLNIČKOM ISPITIVANJU ILI LEČENJU U BILO KOJOJ BOLNICI ILI SANATORIJUMU? Ukoliko je odgovor DA, navedite zbog čega, kada, sa kojim rezultatom i priložite kopiju bolničke otpusne liste. Ako je nemate, navedite gde i zašto ste bili lečeni.	DA	NE
9. DA LI STE IKADA IMALI HIRURŠKE INTERVENCIJE ILI PLANIRATE DA IMATE BILO KAKVU OPERACIJU U BLISKOJ BUDUĆNOSTI ILI VAM JE PREPORUČENA NEKA OPERACIJA? Ukoliko je odgovor DA, navedite koja vrsta operacije i kada? Priložite kopiju otpusne liste ili izveštaj sa operacije. Navedite datum i opis operacije.	DA	NE
10. DA LI STE U PROTEKLE DVE GODINE RADILI NEKU OD DIJAGNOSTIČKIH PROCEDURA ILI ANALIZA: TUMOR MARKERI, HORMONI, HIV TEST, RTG SNIMAK, ULTRAZVUK, DOPLER, EKG, HOLTER, TEST OPTEREĆENJA, SKENER, MAGNETNA REZONANCA, KORONAROGRAFIJU? Ukoliko je odgovor DA, navedite zbog čega i koliko puta.	DA	NE
11. DA LI STE IMALI NEZGODU KOJA JE IZAZVALA OZBILJNE TRAUME (POVREDE)? Ukoliko je odgovor DA, opišite datum, nezgodu, povredu, lečenje i rezultate lečenja.	DA	NE
12. DA LI RADITE ILI STE IKADA RADILI NA POSLOVIMA (UKLJUČUJUĆI I HOBIJE) KOJI MOGU BITI/SU BILI ŠTETNI PO VAŠE ZDRAVLJE ILI VAS UČINITI/SU UČINILI OSETLJIVIM NA POVREDE ILI BOLESTI (NPR. RAD NA VISINAMA, ŠTETNA PRAŠINA ILI GASOVI ILI OPASNE MATERIJE, AVIJACIJA, A DA NISTE PUTNIK KOJI PLAĆA VOZARINU.) Ukoliko je odgovor DA, pobrojte i navedite gde, kada, šta, koliko dugo ste radili/se bavili sportom, hobiem i kakvoj ste šteti bili izloženi.	DA	NE
13. DA LI NOSITE NAOČARE/SOČIVA ILI IMATE NEKO OČNO OBOLJENJE? Ukoliko je odgovor DA, navedite koja vrstu oboljenja imate i koliko dugo. dioptrija levo: desno:	DA	NE
14. DA LI IMATE NEKU ORGANSKU, UROĐENU ILI STEČENU FIZIČKU MANU/DEFORMITET, KOJA ZAHTEVA REDOVNE LEKARSKE KONTROLE? Ukoliko je odgovor DA, navedite detalje.	DA	NE
15. DA LI IMATE UTVRĐENO UMANJENJE RADNE SPOSOBNOSTI (INVALIDITET)? Ukoliko je odgovor DA, na koliko procenata je procenjen invaliditet?	DA	NE
16. (za ženske osobe u reproduktivnoj dobi) DA LI STE SADA U DRUGOM STANJU I DA LI STE IMALI POROĐAJ CARSKIM REZOM ILI POROĐAJ KOJI JE ZAHTEVAO INTERVENCIJU FORCEPSOM ILI VAKUM EKSTRAKTOROM? DA LI STE IMALI NEKIH KOMPLIKACIJA TOKOM TRUDNOĆE ILI POROĐAJA? Ukoliko je odgovor DA, navedite detalje.	DA	NE
17. DA LI NEKO U VAŠOJ PORODICI (SRODNIK PRVOG REDA) BOLUJE, JE IKADA BOLOVAO ILI PREMINUO PRE PEDESETE GODINE ŽIVOTA OD: ŠEĆERNE BOLESTI, INFARKTA MIOKARDA, MOŽDANOG UDARA, VISOKOG PRITISKA, BOLESTI BUBREGA, MALIGNIH TUMORA, MULTIPLA SKLEROZE, PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA I DRUGIH NASLEDNIH BOLESTI? Ukoliko je odgovor DA, navedite detalje.	DA	NE
18. DA LI U POSLEDNIH GODINU DANA UZIMATE NEKE LEKOVE REDOVNO (DUŽE OD 15 DANA)? Ukoliko je odgovor DA, navedite koje i koliko dugo?	DA	NE

U slučaju odgovora DA na prethodna pitanja, dostavite detaljne informacije o događaju, bolesti, hospitalizaciji i slično.

C. Izjava osiguranika / zakonskog zastupnika osiguranika

Potvrđujem da sam istinito i tačno odgovorio na sva postavljena pitanja. Zaključenjem Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (dalje: Ugovor), ovlašćujem Osiguravača da može proveriti istinitost datih podataka kod nadležnih zdravstvenih ustanova ili lekara. Saglasan sam da ugovorni medicinski kontakt centar Triglav osiguranja (Europ Assistance Magyarorszag kft - Ogranak Beograd) može obrađivati medicinsku dokumentaciju u vezi sa zaključenim Ugovorom, radi ostvarivanja direktnog kontakta sa osiguranim licima, prijema poziva, davanja stručne pomoći, organizovanja lekarskih pregleda, kao i autorizacije medicinskog tretmana. Podatke koji se odnose na moje zdravstveno stanje, Osiguravač može prikupljati od zdravstvenih ustanova sa kojima ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji i to samo u svrhu realizacije zaključenog Ugovora. Saglasan sam da Osiguravač može lične podatke i to: ime, prezime, JMBG i podatak o ugovorenom osiguravajućem pokrću, koje je dobio od Ugovarača osiguranja ili mene, poveriti trećem licu radi tehničke podrške u realizaciji zaključenog Ugovora (izrada korisničke kartice zdravstvenog osiguranja).

Obrađivač podataka je po osnovu Ugovora Zavarovalnica Triglav d.d. Ljubljana, Miklošičeva cesta 19, Republika Slovenija, koja po nalogu i u ime Triglav Osiguranja a.d.o. Beograd (Rukovalac) obrađuje podatke o ličnosti, u skladu sa zakonom koji uređuje oblast zaštite ličnih podataka. Lice na koje se podaci o ličnosti odnose ima pravo da od Rukovaoca zahteva pristup, ispravku, dopunu ili brisanje njegovih podataka o ličnosti, odnosno ima pravo na ograničenje obrade u slučaju osporavanja tačnosti odn. nezakonite obrade, pravo na prigovor licu zaduženom za zaštitu podataka o ličnosti, kao i pravo na prenosivost podataka. U slučaju nedozvoljene obrade podataka, lice na koje se podaci o ličnosti odnose ima pravo da se obrati Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti pritužbom, i ima pravo na sudsku zaštitu.

DATUM I MESTO	POTPIS	Potpis osiguranika / zak. zastupnika osiguranika (za maloletno dete potpisuje roditelj ili staratelj)
---------------	--------	--