



Izjava podnosioca molbe

Molimo da lekar odgovori na sledeća pitanja ili da ih pregleda zajedno sa podnosiocem molbe, ukoliko je već odgovorio na njih.

PREZIME, IME (I DEVOJAČKO PREZIME)		DATUM ROĐENJA
OBRAZOVANJE	ZANIMANJE KOJE OBAVLJATE	
ADRESA (ULICA, GRAD I POŠTANSKI BROJ, DRŽAVA)		

Molimo da obeležite odgovarajući odgovor. (ukoliko je odgovor DA, napišite i dodatne detalje)

1. Da li je neko od Vaših bližih rođaka pre 65. godine imao visok krvni pritisak, bolesti srca i krvotoka, šećernu bolest ili bilo koju naslednu bolest?

DA NE

NAVEDITE BOLEST I LICE IZ VAŠE PORODICE KOJE JE IMALO BOLEST

2. a) Da li imate bilo kakve zdravstvene tegobe?

DA NE

UKOLIKO IH IMATE, OPIŠITE IH

b) Da li je Vaša radna sposobnost umanjena?

DA NE

ZAŠTO I KOLIKO DUGO

b) Da li ste tokom poslednjih pet godina bili nesposobni za rad više od četiri nedelje uzastopno?

DA NE

KADA I ZAŠTO

3. Da li imate tegobe ili ste možda imali tegobe zbog bolesti, smetnji i nepravilnosti funkcionisanja sledećih organa organa odnosno sistema:

a) **disajni organi** - astma, ponavljajući bronhitis, upala pluća, plućna tuberkuloza itd.?

DA NE

KOJE BOLESTI

TRAJANJE, KADA I LEČENJE

IME I PREZIME LEKARA

b) **srce ili krvotok** - visok krvni pritisak, bolesti krvotoka, srčani napad, srčana mana, srčana oboljenja, palpitacije, infarkt, upala vena, proširene vene ili druga oboljenja?

DA NE

KOJE BOLESTI

TRAJANJE, KADA I LEČENJE

IME I PREZIME LEKARA

c) **nervni sistem ili psihičke smetnje** - epilepsija, vrtoglavica, paraliza, upala nerava, depresija ili druga oboljenja?
Da li ste nekada pokušali samoubistvo?

DA NE

KOJE BOLESTI

TRAJANJE, KADA I LEČENJE

IME I PREZIME LEKARA

d) **sistem za varenje** - hiatus hernia, gastrični ulkus i čir na dvanaestopalačnom crevu ili druga oboljenja želuca ili creva poput upala, krvarenja, hemoroida, bolesti jetre, žučne kese, pankreasa?

DA NE

KOJE BOLESTI

TRAJANJE, KADA I LEČENJE

IME I PREZIME LEKARA

e) **urinarni sistem i reproduktivni organi** - bubrezi, urinarni trakt, bešika, prostata, kamenje u bubrežima, krv ili belančevine u urinu ili druga oboljenja?

DA NE

KOJE BOLESTI

TRAJANJE, KADA I LEČENJE

IME I PREZIME LEKARA

f) **metabolizam i krv** - šećerna bolest, povišen holesterol, giht, nepravilnosti u radu štitne žlezde ili druge hormonske smetnje, anemije, smetnje zgrušavanja krvi ili druga oboljenja?

DA NE

KOJE BOLESTI

TRAJANJE, KADA I LEČENJE

IME I PREZIME LEKARA

g) **imuni sistem i infektivne bolesti** - SIDA, HIV infekcija, polno prenosive bolesti, hepatitis, tropske bolesti ili druga oboljenja?

DA NE

KOJE BOLESTI

TRAJANJE, KADA I LEČENJE

IME I PREZIME LEKARA

h) **koža** - ekscemi, alergije, gljivične bolesti, psorijaza, rak kože ili druga oboljenja?

DA NE

KOJE BOLESTI

TRAJANJE, KADA I LEČENJE

IME I PREZIME LEKARA

i) **mišićno - skeletni sistem** (kosti, veze, kičma, diskus, mišići, tetive) bolesti krsta, vrata ili ramena, reuma ili druga oboljenja?

DA NE

KOJE BOLESTI

TRAJANJE, KADA I LEČENJE

IME I PREZIME LEKARA

j) **oči** - smanjena oštrina vida, refrakcione smetnje, bolesti mrežnjače ili druge tegobe?

DA NE

DIOPTRIJA LEVO OKO

DIOPTRIJA LEVO OKO

k) **uši** - upale, problemi sa sluhom ili druge tegobe?

DA NE

KOJE BOLESTI

TRAJANJE, KADA I LEČENJE

IME I PREZIME LEKARA

l) **druge bolesti**, smetnje ili problemi koji nisu nabrojani iznad - urođene bolesti, deformacije, tumori, rak itd.?

DA NE

KOJE BOLESTI

TRAJANJE, KADA I LEČENJE

IME I PREZIME LEKARA

Molimo da obeležite odgovarajući odgovor. (ukoliko je odgovor DA, napišite i dodatne detalje)

4. Odgovaraju samo žene:

a) Da li ste trudni?

DA	NE	OČEKIVANI DATUM POROĐAJA	IME I ADRESA LEKARA
----	----	--------------------------	---------------------

Ukoliko jeste, da li se do sada trudnoća odvijala normalno?

DA	NE	
----	----	--

b) Da li ste nekada imali ginekološke probleme ili bolesti dojki?

DA	NE	KOJE BOLESTI	KADA	TRAJANJE	LEČENJE
----	----	--------------	------	----------	---------

5. Da li ste bilo kada imali neku nezgodu, povredu ili trovanje koji su zahtevali lečenje u bolnici ili operaciju?

DA	NE		POSLEDICE
----	----	--	-----------

6. a) Da li ste nekada morali da obavite lekarski pregled, bili na lečenju ili ste imali operaciju u bolnici ili sličnoj zdravstvenoj instituciji?

DA	NE	ZAŠTO
----	----	-------

b) Da li Vam je lekar nekada savetovao da uzmete odmor, počnete sa dijeteom ili bilo kakvom terapijom? Da li je možda planirana bilo kakva terapija?

DA	NE	
----	----	--

c) Da li je planirano lečenje u bolnici ili bilo kakva operacija?

DA	NE	
----	----	--

d) Da li Vas je tokom poslednjih 5 godina lečio ili ste se savetovali sa
- psihoterapeutom (na primer psihijatar, psiholog)?

DA	NE	
----	----	--

- kiropraktičarom, fizioterapeutom?

DA	NE	
----	----	--

e) Da li Vam je lekar nekada prepisao lekove na više od 4 nedelje?

DA	NE	
----	----	--

f) Da li ste nekada bili lečeni rendgenskim zracima (zračenje, radioaktivni izotopi)?

DA	NE		REZULTAT
----	----	--	----------

7. Da li ste morali tokom poslednjih 5 godina da obavite specijalističke preglede/testove, npr. rendgen, računarska tomografija, magnetna rezonanca, ultrazvuk, EKG, elektroencefalogram (EEG), endoskopija itd.?

DA	NE	
----	----	--

8. Da li ste radili test na SIDU koji je pokazao pozitivan rezultat ili mogućnost pozitivnog rezultata?

DA	NE	
----	----	--

9. a) Da li se bavite sportom?

DA	NE	VRSTA	KOLIKO ČESTO
----	----	-------	--------------

b) Da li pušite?

DA	NE		KOLIKO PUŠITE DNEVNO
----	----	--	----------------------

c) Da li pijete alkohol?

DA	NE		KOLIKO NA DAN
----	----	--	---------------

d) Da li uzimate tablete protiv bolova, tablete za uspavlivanje, sredstva za umirenje itd.?

DA	NE	KOLIKO NEDELJNO	OD KADA
----	----	-----------------	---------

e) Da li ste nekada uzimali drogu?

DA	NE		KADA POSLEDNJI PUT
----	----	--	--------------------

10.a) Sa kojim lekarom - specijalistom ste se poslednji put savetovali?

		ZAŠTO	KADA
--	--	-------	------

b) Da li ste se tokom poslednjih 5 godina savetovali sa još nekim lekarom koga niste naveli?

DA	NE	
----	----	--

c) Koji lekar je najbolje upoznat sa Vašim zdravstvenim stanjem?

		PREZIME I ZDRAVSTVENA USTANOVA
--	--	--------------------------------

Izjavljujem da sam odgovorio na pitanja istinito i potpuno. Dozvoljavam(o) svim lekarima, zdravstvenim i drugim ustanovama da daju osiguravajućoj kući sve podatke o mom zdravstvenom stanju odnosno podatke koji bi uticali na procenu visine opasnosti i za ustanovljavanje obaveza osiguravajuće kuće.

MESTO	DATUM	POTPIS PODNOSIOCA MOLBE
-------	-------	-------------------------

Upozorenje lekaru koji obavlja pregled:

Molimo da obavite sve potrebne preglede koji su navedeni na sledećim stranicama. Dodatni pregledi biće plaćeni samo u slučaju da ih osiguravajuća kuća izričito zahteva (vidi stranu 1).

Lekarski pregled

Molimo da upišete sve patološke i nespecifične nalaze

Molimo da obeležite odgovarajući odgovor. (ukoliko je odgovor DA, napišite i dodatne detalje)

11.a) Datum pregleda

b) Da li ste nekada imali ginekološke probleme ili bolesti dojki?

DA	NE	KADA	ZAŠTO	Dg
----	----	------	-------	----

c) Da li ste sa podnosiocem molbe u srodstvu?

DA	NE	
----	----	--

12.a) Visina (bez cipela)/težina (bez odeće)

CM	KG
----	----

b) Da li je podnosilac molbe naizgled zdrav i njegova spoljašnost odgovara njegovim godinama?

DA	NE	
----	----	--

13. Koža

a) Da li na koži primećujete bilo kakve znakove kožnih bolesti (osip, čirevi, otoci itd.)?

DA	NE	
----	----	--

b) Da li primećujete ožiljke ili sumnjive beleže?

DA	NE	
----	----	--

14. Disajni organi

a) Da li čujete šištanje ili kašalj?

DA	NE	OD KADA	UZROK - Dg
----	----	---------	------------

b) Da li je vidljiva bilo kakva nepravilnost u obliku zakrivljenosti grudnog koša?

DA	NE	
----	----	--

c) Da li su rezultati perkusije i auskultacije nenormalni?

DA	NE	
----	----	--

d) Da li primećujete bilo kakve druge znakove bolesti disajnih organa?

DA	NE	
----	----	--

15. Srce i krvotok

a) Pozicija apeksa - da li je na tipičnom mestu?

DA	NE	
----	----	--

b) Da li su tonovi srca nenormalni (glasnoća, gubljenje)?

DA	NE	
----	----	--

c) Da li čujete šum na srcu?
Ukoliko je odgovor potvrđan.

DA	NE	
----	----	--

Sistolni?

DA	NE	
----	----	--

Dijastolni?

DA	NE	
----	----	--

Tačka maksimalne glasnoće i širenja



Da li je šum na srcu organski?

DA	NE	Dg
----	----	----

d) Krvni pritisak, puls
Ponovite merenje ukoliko je rezultat bio više od 140/90 mmHg

	UDARACA U MIN.	1	SISTOLNI (mmHg)	DIJASTOLNI (mmHg)	2	SISTOLNI (mmHg)	DIJASTOLNI (mmHg)
--	----------------	----------	-----------------	-------------------	----------	-----------------	-------------------

e) Da li je puls aritmičan?

DA	NE	
----	----	--

f) Da li je puls arterije dorzalis pedis opipljiv obostrano?

DA	NE	ZAŠTO
----	----	-------

g) Da li su čujni vaskularni zvuci?

DA	NE	
----	----	--

h) Da li postoje znakovi insuficijencije ili dekompenzacije (kratki udisaji, cijanoza, edemi)?

DA	NE	
----	----	--

i) Da li su vidljive proširene vene?

DA	NE	OBIM, ČVOROVI, OŽILJCI, ULCUS CRURIS
----	----	--------------------------------------

16. Organi za varenje i trbušna duplja

a) Da li primećujete bilo kakve promene na jeziku, krajnicima, trećem krajniku, glasnim žicama ili grlu?

DA	NE	
----	----	--

b) Da li prilikom pregleda i pipanja stomaka primećujete bilo kakve promene (želudac, jetra, žučna kesa, slezina, aorta, creva)?

DA	NE	
----	----	--

c) Da li primećujete bilo kakve znakove bolesti sistema za varenje?

DA	NE	
----	----	--

d) Da li ima bruh?

DA	NE	
----	----	--

Molimo da obeležite odgovarajući odgovor. (ukoliko je odgovor DA, napišite i dodatne detalje)

17. Urogenitalni organi

a) Samo za muškarce:

Da li postoji sumnja na bolest urogenitalnih organa (testisi, prostata, epididimis)?

DA NE

b) Samo za žene:

Da li postoji sumnja na bolest urogenitalnih organa ili na patološke promene na dojka?

DA NE

18. Nervni sistem / čula

a) Da li primećujete znakove bolesti čula, naročito slabovidost ili naglupost?

DA NE

b) Da li ste ustanovili nenormalne reflekse (zenični, trbušni, pateralni, Ahilov, Babinski)?

DA NE

c) Da li primećujete bilo kakve znakove mentalne bolesti ili bolesti nervnog sistema?

DA NE

19. Mišićno - skeletni sistem

a) Da li primećujete bilo kakve deformacije?

DA NE

b) Da li primećujete znakove bolesti kičme?

DA NE

c) Da li primećujete bilo kakve bolesti mišića, kostiju ili veza?

DA NE

20. Različito

a) Da li primećujete uvećane limfne čvorove?

DA NE

b) Da li je štitna žlezda nenormalna po veličini i strukturi?

DA NE

c) Da li postoje znakovi hormonske neravnoteže (u vezi sa polnim žlezdama, štitnom žlezdom, hipofizom)?

DA NE

d) Da li primećujete i neke druge abnormalnosti?

DA NE

21. a) Da li sumnjate da je podnosilac molbe alkoholičar, strastveni pušač ili tabletoman ili da je zavisnik od droge?

DA NE

b) Da li su zanimanje ili način života podnosioca molbe takvi da ugrožavaju njegovo zdravlje?

DA NE

c) Da li možda znate i za neke druge faktore rizika?

DA NE

d) Da li smatrate da su potrebne bilo kakve druge mere (ponovni pregled, terapija, promena načina života)?

DA NE

22. Konačna ocena



NAPOMENE

Važno:

Molimo da lekar podnosiocu molbe ne daje informacije koje bi mogle da utiču na odluku osiguravajuće kuće u pogledu zaključivanja osiguranja.

Izjavljujem da sam podnosioca molbe pregledao i odgovorio na pitanja u skladu sa stručnim i etičkim pravilima.

MESTO

DATUM

POTPIS LEKARA