



Dotazník na zdravotní stav pojištěného

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Uveďte jméno, příjmení a adresu vašeho ošetřujícího lékaře.			
Jsem si vědom(a) toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojistitele, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojistitel od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.			
Výška (cm)	Váha (kg)		
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? (kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret)			☐ Ne ☐ Ano
Pijete nebo jste pil/a denně alkohol v množství větším než 2 l piva, 0,5 l vína nebo 0,1 l lihovin?			☐ Ne ☐ Ano
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?			☐ Ne ☐ Ano
☐ Marihuana - kouření, vaporizace, konzumace Užil/a jste tuto drogu v posledních 2 letech? Jak často jste v posledních 2 letech užíval/a tuto drogu (např. 1-2 x týdně)?			☐ Ne ☐ Ano
☐ Jiný druh drog (například, kokain, opiáty, heroin, amfetaminy, MDMA, pervitin) Užil/a jste tuto drogu v posledních 7 letech?			☐ Ne ☐ Ano
Jste nebo byl/a jste závislý/á na alkoholu, drogách, léčivých přípravcích nebo jiných návykových látkách?			☐ Ne ☐ Ano
Vyplňují pouze děti do 3 let: Narodil/a jste se před plánovaným termínem? ☐ Ne ☐ Ano Byla vaše porodní váha nižší než 2 500 g? ☐ Ne ☐ Ano			
Na všechny následující otázky odpovídejte „ANO nebo NE“. Odpovíte-li „ano“, je nutné zvolit příslušné onemocnění, vyplnit podrobnosti a přiložit lékařskou zprávu. Pokud máte nebo jste měl/a onemocnění nebo potíže (mimo úrazy), pro které vás vyšetřoval, sledoval nebo léčil lékař a které nejsou uvedeny v otázkách 1 a 2 tohoto zdravotního dotazníku, vyplňte je v otázce číslo 3.c).			
1. Máte nebo jste měl některé z následujících onemocnění, kvůli kterým vás lékař vyšetřoval, sledoval nebo léčil?			
1.a) Nádorová onemocnění (např. rakovina - zhoubný nádor, leukémie, lymfom, nezhooubný nádor mozku)			☐ Ne ☐ Ano
Uveďte podrobnosti (diagnóza, způsob léčby, rozsah onemocnění/ staging, TNM klasifikace (pokud je vám znám)):			
Kdy byla ukončena léčba? Uveďte měsíc a rok:			
1.b) Vysoký krevní tlak a onemocnění srdce (např. srdeční infarkt, angina pectoris / bolest na hrudi / ischemická choroba srdeční, bušení srdce / arytmie, vrozená vada srdce nebo operace srdce)			☐ Ne ☐ Ano
☐ Vysoký krevní tlak Poslední naměřená hodnota krevního tlaku: Systolický (vyšší hodnota) Diastolický (nižší hodnota)			
☐ Srdeční infarkt, angina pectoris, bolest na hrudi, ischemická choroba srdeční, bušení srdce, arytmie, vrozená vada srdce, operace srdce Uveďte podrobnosti (diagnóza, způsob léčby):			
Kdy bylo onemocnění diagnostikováno? Uveďte měsíc a rok:			
1.c) Neurologická onemocnění (např. cévní mozková příhoda (mrtvice), epilepsie, Alzheimerova nemoc, roztroušená skleróza)			☐ Ne ☐ Ano
Uveďte podrobnosti (diagnóza, způsob léčby):			
Kdy bylo onemocnění diagnostikováno? Uveďte měsíc a rok:			
1.d) Psychická onemocnění (např. úzkost, deprese, poruchy spánku, stresová porucha, syndrom vyhoření, bipolární porucha, obsedantně kompulzivní porucha, schizofrenie, autismus, Aspergerův syndrom, Downův syndrom, ADHD)			☐ Ne ☐ Ano
☐ Deprese, úzkost, fobie, poruchy spánku, stresovou poruchu Uveďte diagnózu:			
Užíváte kombinaci tří nebo více druhů léků? ☐ Ne ☐ Ano Hospitalizovali vás, byl jste v pracovní neschopnosti nebo vám byla přiznána invalidita v souvislosti s tímto onemocněním? ☐ Ne ☐ Ano Ukončil lékař sledování nebo léčbu před více než 2 lety? ☐ Ne ☐ Ano			
☐ Poporodní deprese Máte potíže nebo se s tímto onemocněním v současnosti léčíte? ☐ Ne ☐ Ano Ukončil lékař sledování nebo léčbu před více než 6 měsíci? ☐ Ne ☐ Ano			

Kdy bylo onemocnění diagnostikováno? Uveďte měsíc a rok: _____

☐ Ne ☐ Ano

☐ Ne ☐ Ano

☐ Hemofilie☐ Ne ☐ Anso

Poslední naměřená hodnota cukru v krvi je:

☐ No ☐ Yes

☐ Ne ☐ Ano

☐ Ne ☐ Ano

☐ Ne ☐ Ano

☐ Levá ☐ Pravá

Uved'te diagnózu:

Rodné číslo	
2. Máte nebo jste měl v posledních 7 letech některé z následujících onemocnění, kvůli kterým vás lékař vyšetřoval, sledoval nebo léčil?	
2.a) Porucha látkové přeměny (např. zvýšený cholesterol, zvýšené jaterní testy, dna)	
☐ Zvýšený cholesterol Poslední naměřená hodnota cholesterolu: _____	☐ Ne ☐ Ano
☐ Zvýšené jaterní testy	
☐ Dna Užíváte léky pro toto onemocnění?	☐ Ne ☐ Ano
Hospitalizovali vás nebo jste byl v pracovní neschopnosti kvůli dně, dnavé artritidě, hyperurikémií nebo uratické artritidě?	☐ Ne ☐ Ano
2.b) Onemocnění dýchací soustavy (např. astma, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), bronchitida, plicní fibróza, zápal plic, zánět průdušek, alergie)	
☐ Astma Jak často užíváte léky v souvislosti s tímto onemocněním? ☐ Pouze při obtížích nebo sezónně ☐ Pravidelně ☐ Léky neužívám Hospitalizovali vás a/nebo jste byl/a v posledních 2 letech v pracovní neschopnosti v souvislosti s tímto onemocněním?	☐ Ne ☐ Ano
☐ Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), chronická bronchitida, plicní fibróza	
☐ Zápal plic, akutní bronchitida, zánět průdušek Máte v současnosti toto onemocnění?	☐ Ne ☐ Ano
☐ Alergie Hospitalizovali vás a/nebo jste byl/a v posledních 2 letech v pracovní neschopnosti v souvislosti s tímto onemocněním?	☐ Ne ☐ Ano
2.c) Onemocnění trávicí soustavy (např. žlučňkové kameny, vřed dvanáctníku, žaludeční vřed, reflux jícnu, zánět slinivky břišní (pankreatitida), onemocnění jater, Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida, celiakie, onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku nebo střev)	
☐ Žlučňkové kameny, vřed dvanáctníku (duodenum), žaludeční vřed Uvedte diagnózu: _____ Máte v současnosti toto onemocnění?	☐ Ne ☐ Ano
Operovali vás v souvislosti s tímto onemocněním?	☐ Ne ☐ Ano
Opakovalo se u vás toto onemocnění?	☐ Ne ☐ Ano
☐ Reflux jícnu (gastrozofagiální reflux) Máte nebo měl/a jste komplikace (např.potíže s polykáním, zvracení krve, vřed nebo zúžení jícnu, Barretův jícen, brániční / jícnová kýla (hiátová hernie))?	☐ Ne ☐ Ano
☐ Zánět slinivky břišní (pankreatitida), onemocnění jater (např., cirhóza, fibróza nebo ztučnění (steatóza) jater, cysta na játrech, hemangiom jater), Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida, vrozené vady jícnu, žaludku nebo střev. Uvedte diagnózu: _____	
☐ Celiakie Máte komplikace v souvislosti s tímto onemocněním (např. nízká váha, podvýživa, malabsorpční syndrom)	☐ Ne ☐ Ano
2.d) Onemocnění močového ústrojí (např. ledvinové kameny, zánět ledvín, močového měchýře nebo močových cest, vrozená vada ledvín, močového měchýře nebo močových cest)	
☐ Ledvinové kameny, zánět močového měchýře nebo močových cest, zánět ledvín Uvedte diagnózu: _____ Máte v současnosti toto onemocnění?	☐ Ne ☐ Ano
Opakovalo se u vás toto onemocnění?	☐ Ne ☐ Ano
Operovali vás v souvislosti s tímto onemocněním?	☐ Ne ☐ Ano
☐ Vrozená vada ledvín, močového měchýře nebo močových cest	
2.e) Vyplňují pouze ženy: Gynekologická onemocnění a onemocnění prsou (např. cysty na vaječnících, endometrióza, děložní myomy, dysplazie děložního čípku/pozitivní nález ve stěru z děložního čípku, bulka v prsu)	
☐ Cysta na vaječníku, polycystické vaječníky, endometrióza, děložní myomy Uvedte diagnózu: _____	☐ Ne ☐ Ano
☐ Dysplazie děložního čípku (pozitivní nález ve stěru z děložního čípku CIN I., CIN II., CIN III., karcinom in situ) Uvedte rozsah : ☐ CIN I (lehké dysplastické změny) ☐ CIN II (středně těžké dysplastické změny) ☐ CIN III (těžké dysplastické změny) ☐ Karcinom in situ ☐ Nevím	
☐ Bulka v prsu, pozitivní nález na mamografu	

Rodné číslo	
2.f) Vyplňují pouze muži: Onemocnění prostaty a onemocnění prsou (např. zvětšení prostaty, bulka v prsu)	
☐ Ne ☐ Ano	
☐ Zvětšená prostata	
☐ Bulka v prsu	
2.g) Infekční nemoci (např. žloutenka (hepatitida) typu A, B, C, D, E mononukleóza, Lymeská borelióza, encefalitida, meningitida, HIV)	
☐ Ne ☐ Ano	
☐ Žloutenka (hepatitida) typu A nebo E Máte v současnosti toto onemocnění?	
☐ Ne ☐ Ano	
☐ Žloutenka (hepatitida) typu B, C, D, HIV Uveďte diagnózu:	
☐ Lymeská borelióza, encefalitida (včetně klíšťové), meningitida Uveďte diagnózu:	
Zanechalo toto onemocnění trvalé následky? (např. únava, neurologické komplikace, epilepsie, ochrnutí, bolesti hlavy, poruchy soustředění nebo nálad, postižení srdce)	
☐ Ne ☐ Ano	
2.h) Onemocnění štítné žlázy (např. snížená funkce, zvýšená funkce, cysta nebo uzly)	
☐ Ne ☐ Ano	
☐ Snížená funkce štítné žlázy (hypofunkce)	
☐ Zvýšená funkce štítné žlázy (hyperfunkce)	
☐ Cysta nebo uzly štítné žlázy	
2.i) Onemocnění kůže (např. lupénka, atopický ekzém, ekzém)	
☐ Ne ☐ Ano	
☐ Lupénka (psoriáza) Měla/a jste někdy bolest/ otok kloubů, bolestivý a oteklý celý prst, bolest paty a/nebo se Vám dělají doličky na nehtech?	
☐ Ne ☐ Ano	
☐ Ekzém (kontaktní dermatitida) Máte rozsáhlé oblasti suché kůže, časté svědění, zarudnutí, oděrky , mokvání či popraskání pokožky?	
☐ Ne ☐ Ano	
☐ Atopický ekzém (atopická dermatitida)	
2.j) Onemocnění zrakového ústrojí (např. krátkozrakost, dalekozrakost více než 10 dioptrií, astigmatismus, tupozrakost, šilhavost, keratokonus, zelený zákal, šedý zákal, slepota)	
☐ Ne ☐ Ano	
Uveďte diagnózu:	
2.k) Onemocnění sluchového ústrojí (např. tinnitus, nedoslýchavost, hluchota)	
☐ Ne ☐ Ano	
☐ Pískání nebo šum v uchu (tinnitus) Máte problémy nebo se léčíte v současnosti s tímto onemocněním?	
☐ Ne ☐ Ano	
Máte sníženou slyšitelnost jednoho nebo obou uší?	
☐ Ne ☐ Ano	
☐ Nedoslýchavost jednoho ucha, hluchota jednoho ucha, nedoslýchavost nebo částečná hluchota obou uší, ztráta sluchu (úplná hluchota obou uší) Uveďte diagnózu:	
3.	
3.a) Máte v současné době zdravotní potíže (jste ve stavu nemocných/v pracovní neschopnosti, plánujete navštívit lékaře, probíhá u vás vyšetřování, čekáte na výsledky testů, zahájení léčby či operaci)?	
☐ Ne ☐ Ano	
☐ Jsem v pracovní neschopnosti nebo nejsem schopen práce (v případě OSVČ) Uveďte podrobnosti:	
☐ Mám potíže, pro které mám v úmyslu vyhledat lékaře Uveďte podrobnosti:	
☐ Probíhá u mě vyšetřování, testy nebo čekám na výsledky provedených vyšetření Uveďte podrobnosti:	
☐ Čekám na zahájení jakékoli formy léčby nebo operaci Uveďte podrobnosti:	
3.b) Máte nebo jste měl/a přiznanou invaliditu 1., 2., 3. stupně a /nebo sníženou soběstačnost? Jste nebo jste byl/a osobou se zdravotním znevýhodněním (např. držitel průkazu ZTP, OZZ)? Žádáte nebo žádala jste o jejich přiznání?	
☐ Ne ☐ Ano	
☐ Osoba se zdravotním znevýhodněním (např. držitel průkazu ZTP nebo OZZ)	
☐ Invalidita	
☐ Snížená soběstačnost	
V jaké fázi Vaše žádost je (např. podaná/přiznaná/ukončená)? Uveďte datum a důvod:	

