

SİGORTALI ADAYININ EK SAĞLIK BEYAN FORMU

Sayın Sigortalımız,

Şirketimize sigortalı olabilmeniz için aşağıdaki soruları cevaplandırmanızı rica ederiz.

Adınız - Soyadınız :

Aşağıda belirtilen hastalıklardan herhangi birini ya da birkaçını geçirdiyseniz, ilgili bölümlere hastalığınızın adını, hastalığı ne zaman geçirdiğinizi, uygulanan tedaviyi ve bu hastalık ile ilgili ameliyat geçirdiyseniz tarihini lütfen belirtiniz.

	HASTALIĞINIZIN ADI	TEDAVİ (İLAÇ/AMELİYAT)	TARİH
Doğuştan Hastalık, Sakatlık, Hastalık Sonucu Organ Kaybı			
Kalp-Damar Hastalıkları, Hipertansiyon			
Astım, Tüberküloz (Verem) diğer Solunum Sistemleri Hastalıkları			
Hepatit, diğer Karaciğer Hastalıkları, Ülser, Mide Kanaması, Hemoroit			
Böbrek Yetmezliği, Böbrek ve İdrar Yolu Enfeksiyonu, Böbrek Taşı ve Kum Dökme			
Kanser ve Kan Hastalıkları			
Epilepsi(Sara), Felç, Bel ve Boyun Fıtığı veya diğer Nörolojik ve Psikiyatrik Hastalıklar			
Şeker Hastalığı, Guatr veya diğer Endokrin Hastalıklar			
Kadın Hastalıkları			
Prostat ve Testis Hastalıkları			
Yukarıdakiler dışında herhangi bir hastalık, ameliyat, biopsi veya kaza geçirdiyseniz açıklayınız.			

SİGORTALI ADAYININ EK SAĞLIK BEYAN FORMU

Anne, baba ve kardeşlerde aşağıda belirtilen hastalıklardan var mı? Varsa lütfen belirtiniz.

	HASTALIĞINIZIN ADI	TEDAVİ (İLAÇ/AMELİYAT)	TARİH
Şeker, Kalp Hastalığı, Hipertansiyon, Kanser, Böbrek Hastalığı, Hemofili			
Epilepsi (Sara), Astım, Psikiyatrik Bozukluklar			

Yukarıda verdiğim cevapların tamamen doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.

Tarih: / /

İMZA

SİGORTALI ADAYININ EK SAĞLIK BEYAN FORMU

Sayın İç Hastalıkları Uzmanı,

Muayene edeceğimiz kişinin bildirdiği kimliğini, resimli bir kimlik kartından kontrol etmenizi ve muayene bulgularınızı ayrıntılı olarak yazmanızı rica ederiz. Katkılarınızdan dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

Muayene ettiğiniz kişinin Adı Soyadı:

Yaş:	Boy:	Kilo:	Tansiyon:
-------------	-------------	--------------	------------------

Baş ve Boyun (Ameliyat izi, Lenf Adenopeti, Guatr, Görme Bozukluğu, Katarakt v.s.)

Torax (Ameliyat izi, Meme'de Kitle, Kalp ve Solunum Sesleri, Lenf Adenopeti v.s.)

Batın (Ameliyat izi, Herni Araştırılması, Hemoroid v.s.)

Extremiteler (Nabazanlar, Varis, Eklem Deformesi v.s.)

Kaba Nörolojik Muayene (Geçirilmiş Felç ve Parkinsonizm bulgusu v.s.)

TEKTİKLER (Sonuçlar Form ile birlikte gönderilecektir.)

- | | | | |
|----------------------|--------------------|------------------------|---------------|
| 1. Tam Kan Tahlili | 4. Akciğer Grafisi | 7. Sedimantasyon Hızı | 10. HIV testi |
| 2. Kan Şekeri – Üre | 5. Tüm Batın USG | 8. Hepatit Markerları | |
| 3. Tam İdrar Tahlili | 6. Eforlu EKG | 9. Karaciğer Enzimleri | |
- (Gerekli gördüğünüz başka tetkik veya muayeneler varsa, lütfen belirtiniz.)

MUAYENE EDEN DOKTORUN

Adı :

Soyadı :

Diploma-İhtisas No'su:

Adresi :

Telefonu :

Tarih : / /

Kaşe ve İmzası :