

## LIJEČNIČKI ATEST

Gospođa/gospodin \_\_\_\_\_ Br ponude: \_\_\_\_\_  
Zanimanje (djelatnost) \_\_\_\_\_ Osigurana svota \_\_\_\_\_  
Adresa stanovanja \_\_\_\_\_ Trajanje osiguranja \_\_\_\_\_  
Datum rođenja \_\_\_\_\_  
Bračno stanje \_\_\_\_\_

### IZJAVA OSIGURANE OSOBE PRED LIJEČNIKOM

Svako pitanje liječnik mora postaviti pojedinačno, nijedno ne smije preskočiti. Svako pitanje mora odgovarati s DA ili NE ako je neophodno onda uz dodatno objašnjenje. Pozivanje na prošle izjave ne vrijedi. Točnu tvrdnju treba zaokružiti.

1) Je li u krugu roditelja ili sestara odn. braće dolazilo do pojave tuberkuloze, raka, srčanih ili krvno-žilnih oboljenja, dijabetesa, duševnih ili neuroloških bolesti, epilepsije ili samoubojstva? Kojih? Kod koga?

2) Jeste li obolijevali ili bolujete od bolesti ili tegoba (u pitanjima od a- p odgovarajuće prekrižiti i u podrubrici 3 pojasniti):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| a) srca ili krvotoka npr. greška na srcu, slabost srca, zaduha kod napora, pritiska ili bolova u području srca, angina pectoris, srčani infarkt, lupanje srca, povišenog tlaka, moždane kapi, problema prokrvljenosti, upale vena, embolije?                             | f) oboljenja očiju npr. umanjenja oštine vida?<br>Dioptrija: Lijevo _____ Desno _____   | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| b) bolesti dišnih organa, npr. upale pluća, tuberkuloze, upale porebrice, ponovljenog ili dugotrajnog bronhitisa, astme?   | g) oboljenja ušiju, npr. iscjedak iz ušiju, gluhoća?  | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| c) oboljenja probavnih organa, npr. katar želuca, čir na želucu ili dvanaesniku, krvarenje želuca ili crijeva, oboljenja debelog ili tankog crijeva, oboljenja jetre, žutice, oboljenja žuči, oboljenja pankreasa?   | h) oboljenja kože, kostiju ili zglobova?  | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| d) oboljenja mokraćnih ili spolnih organa, bubrežnih kolika, bubrežnog kamenca, upale bubrega ili mokraćnih kanala, oboljenja prostate, testisa ili epididimisa, poteškoća ili problema kod mokrenja, krvarenja kod mokrenja, krvi u mokraći, izlučivanju bjelanjčevina? | i) oboljenja žlijezda, slezene, krvi?<br>Jeste li bolovali ili bolujete od:   | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| e) oboljenja mozga ili kralježničine moždine, živaca od emocionalnih i duševnih smetnji, npr. epilepsije, grčeva, oduzetosti, nesvjestice, čestih glavobolja?  | l) karcinoma  | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| f) Kod žena osim toga:<br>Jeste li bolovali od oboljenja ženskih spolnih organa?   | m) reumatskih tegoba  | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
|  | n) akutnih ili kroničnih infekcijskih oboljenja, npr. tuberkuloze, spolnih bolesti itd.   | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
|  | o) od ostalih oboljenja, tegoba, tjelesnih poteškoća o kojima nismo izričito pitali?  | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
|  | Jeste li u drugom stanju?<br>Ako DA, kada je predviđen termin poroda? _____<br>Jesu li eventualne prijašnje trudnoće i porodi prošli normalo? | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |

3) Objašnjenje uz pitanje pod 2:

Vrsta oboljenja, smetnje ili tegobe?      Od kada?      Do kada?      Kako često?      Koji liječnici su Vas liječili (adrese)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) a) Kolika je prosječna dnevna potrošnja alkohola, nikotina i kofeina? \_\_\_\_\_

b) Jeste li uzimali ili uzimate redovito ili ponekad droge (opojna sredstva) ili lijekove?  DA  NE      Ako DA, koje i kada?      Zbog čaga? Liječnik? Adresa? \_\_\_\_\_

c) Jeste li uzimali ili uzimate lijekove za srce, za smanjenje šećera ili krvnog tlaka, ili ste primali parentalnu terapiju?  DA  NE

5) a) Jeste li doživjeli nezgode, povrede ili trovanja?  DA  NE      Ako DA, koje vrste? \_\_\_\_\_

b) Jeste li poduzimali pokušaj samoubojstva?  DA  NE  
Ako DA, navedite razlog.

\_\_\_\_\_

- 6) a) Jeste li operirani?  DA  NE Ako DA, kada? Zbog čega? \_\_\_\_\_ Liječnik, adresa: \_\_\_\_\_  
 b) Je li predviđena operacija?  DA  NE  DA  NE  
 c) Jeste li liječeni rendgenskim ili nekim drugim zračenjem?  DA  NE
- 7) a) Jeste li zadnjih godina bili na pretragama rendgenom (osim redovitih) ili pretragama izotopima?  DA  NE  
 Ako DA, kada? \_\_\_\_\_ Rezultat? \_\_\_\_\_  
 b) Je li snimljen elektrokardiogram?  DA  NE  
 Ako DA, kada? \_\_\_\_\_ Rezultat? \_\_\_\_\_  
 (Molimo ako postoji EKG priložite ispis)
- 8) Jeste li se liječili u nekoj bolnici, lječilištu ili sanatoriju?  DA  NE
- 9) Jeste li sposobni za vojsku?  DA  NE  
 Ako NE, navedite razloge zašto \_\_\_\_\_
- 10) a) Tko je vas nadležni liječnik? \_\_\_\_\_  
 b) Jesu li Vas zadnjih godina liječili, savjetovali ili pregledavali neki drugi osim navedenih liječnika?  DA  NE  
 Koji? \_\_\_\_\_

Izjavljujem da sam gore navedena pitanja odgovorio u potpunosti i istinito. Moji odgovori koje sam zbog kontrole još jedanput pročitao su ispravno navedeni na protokolu. Istovremeno sam svjestan činjenice da namjerno netočni navodi u smislu zakonskih propisa kao posljedicu mogu imati ništavnost ugovora o osiguranju.

\_\_\_\_\_  
Mjesto, datum

\_\_\_\_\_  
Potpis osobe koja se osigurava (osiguranika)

## NALAZ

- 1) Težina \_\_\_\_\_ Srednji opseg grudi \_\_\_\_\_ cm  
 Visina \_\_\_\_\_ Opseg trbuha \_\_\_\_\_ cm
- 2) Postoje li ili su postojale patološke promjene ili odstupanja na slijedećim organima?  
 a) Srca i krvotoka:  DA  NE Ako DA, koje? \_\_\_\_\_  
**Krvni tlak** \_\_\_\_\_ **Puls** \_\_\_\_\_  
 sist/diast \_\_\_\_\_
- b) Pluća i drugih dišnih organa:  DA  NE Ako DA, koje? \_\_\_\_\_
- c) Probavnih organa, želuca, jetre, žuči, pankreasa?  DA  NE Ako DA, koje? \_\_\_\_\_
- d) Mokraćnih i spolnih organa:  DA  NE Ako DA, koje? \_\_\_\_\_  
 Mokraćna: bjelančevine \_\_\_\_\_ šećer \_\_\_\_\_
- e) Živčanog sustava, kostiju, ušiju i očiju, kože:  DA  NE Ako DA, koje? (refleksi) \_\_\_\_\_
- 3) a) Jesu li utvrđeni neki drugi do sada navedeni nalazi?  DA  NE  
 (npr. otekline žlijezda ili smetnje sustava, krvna oboljenja)? Ako DA, koji? \_\_\_\_\_  
 b) Kod žena:  
 Postoji li sumnja u oboljenje ženskih spolnih organa?  DA  NE
- 4) Kada i gdje je obavljen pregled? \_\_\_\_\_
- 5) Napomene \_\_\_\_\_

### OBVEZNO JE ODGOVORITI NASVA PITANJA!

Za procjenu rizika su odlučujući i drugi aspekti osim nalaza. Zbog toga nije dopušteno donositi predodluke o mogućnosti osiguranja u smislu davanja izjava. Izvješće se u svrhu prosljeđivanja osiguranju ne smije dati niti nekoj trećoj posrednoj osobi.

\_\_\_\_\_  
Mjesto i datum

\_\_\_\_\_  
Pečat liječnika

\_\_\_\_\_  
Potpis liječnika