

Direkcija

Ulica kneza Ljudevita Posavskog 31, 10000 Zagreb
 T: 0800 360 360 | +385 1 630 83 33 | F: +385 1 615 71 30

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):

- | | |
|---|--|
| <p>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? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> | <p>f) oboljenja očiju npr. umanjenja oštine vida?
 Dioptrija: Lijevo _____ Desno _____ <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> |
| <p>b) bolesti dišnih organa, npr. upale pluća, tuberkuloze, upale porebrice, ponovljenog ili dugotrajnog bronhitisa, astme? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> | <p>g) oboljenja ušiju, npr. iscjedak iz ušiju, gluhoća? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> |
| <p>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? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> | <p>h) oboljenja kože, kostiju ili zglobova? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> |
| <p>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? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> | <p>i) oboljenja žlijezda, slezene, krvi?
 Jeste li bolovali ili bolujete od:
 l) karcinoma <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
 m) reumatskih tegoba <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> |
| <p>e) oboljenja mozga ili kralježničine moždine, živaca od emocionalnih i duševnih smetnji, npr. epilepsije, grčeva, oduzetosti, nesvjestice, čestih glavobolja? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> | <p>n) akutnih ili kroničnih infekcijskih oboljenja, npr. tuberkuloze, spolnih bolesti itd. <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> |
| <p>p) Kod žena osim toga:
 Jeste li bolovali od oboljenja ženskih spolnih organa? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> | <p>o) od ostalih oboljenja, tegoba, tjelesnih poteškoća o kojima nismo izričito pitali? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> |

Jeste li u drugom stanju?

Ako DA, kada je predviđen termin poroda? _____

Jesu li eventualne prijašnje trudnoće i porodi prošli normalno? DA 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? _____
- 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 na sva gore pitanja odgovorio/la točno, istinito potpuno. 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. Također potvrđujem da sam upoznat/a s Informacijama o obradi podataka vezanih za ugovor o osiguranju koje su dostupne na www.merkur.hr – Zaštita podataka.

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 nenavedeni 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.

Potvrđujem da sam upoznat/a s Informacijama o obradi podataka vezanih za ugovor o osiguranju koje su dostupne na www.merkur.hr – Zaštita podataka.

Mjesto i datum

Pečat liječnika

Potpis liječnika