

Ankieta PZU – Opieka Medyczna

Imię i nazwisko ubezpieczonego:

.....

PESEL / data urodzenia (w przypadku braku nr pesel)

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

.....

Kod rodzaju ubezpieczenia (uzupełnia Dział Obsługi Klienta):

.....

1. Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/i z porady lekarza specjalisty?

NIE

TAK – proszę o wyszczególnienie, z porad jakich specjalistów Pan/i korzystał/a i jakie schorzenia były leczone:

.....

.....

2. Do jakiego lekarza rodzinnego jest Pan/i zapisany/a w ramach NFZ? Proszę podać nazwę praktyki lub/i imię i nazwisko lekarza rodzinnego

.....

.....

3. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/i świadczenia rentowe z ZUS?

TAK, z jakiego tytułu

NIE

4. Czy kiedykolwiek starał/a się Pan/i o rentę?

TAK, z jakiego powodu

NIE

5. Czy przyjmuje Pan/i jakieś leki?

- TAK, jakie.....
 NIE

6. Kiedy ostatnio wykonywał/a Pan/i badania diagnostyczne (laboratoryjne, usg, rtg):

.....
Jakie:

7. Czy jest Pan/i na coś uczulona?

- TAK, na co
 NIE

8. Czy kiedykolwiek odczuwał/a Pan/i dolegliwości, ew. leczył/a się Pan/i na choroby związane z:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> układem krążenia, sercem
..... | <input type="checkbox"/> układem moczowym i nerkami
..... | <input type="checkbox"/> metabolizmem
..... |
| <input type="checkbox"/> układem oddechowym
..... | <input type="checkbox"/> układem płciowym
..... | <input type="checkbox"/> skórą
..... |
| <input type="checkbox"/> układem pokarmowym
..... | <input type="checkbox"/> układem nerwowym
..... | <input type="checkbox"/> słuchem
..... |
| <input type="checkbox"/> układem krwiotwórczym
..... | <input type="checkbox"/> chorobami nowotworowymi
..... | <input type="checkbox"/> wzrokiem
..... |
| <input type="checkbox"/> układem ruchu
..... | <input type="checkbox"/> alergią i uczuleniami
..... | <input type="checkbox"/> inne
..... |

Oświadczam, że wszystkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a, iż zatajenie istotnych faktów medycznych traktowane jest jako przestępstwo przeciw wiarygodności dokumentów.

.....
czytelny podpis ubezpieczonego / opiekuna