MetLife

DOTAZNÍK
GYNEKOLOGICKÉ OCHORENIE

Meno a priezvisko:
Dátum narodenia:
Číslo poistného návrhu:

Gynekologické ochorenie

1. **Uveďte, prosím, presnú diagnózu, ak ju poznáte.**

2. **V súvislosti s príznakmi:**
   a) Opíšte príznaky ochorenia.
   b) Kedy sa objavili prvé príznaky?
   c) Ako často sa príznaky objavujú? (napr. ako často v posledných 12 mesiacoch)
   d) Kedy sa príznaky objavili naposledy?

3. **Boli ste v súvislosti s ochorením operovaná alebo je operácia plánovaná?** ☐ ÁNO ☐ NIE
   Ak áno:
   a) Uveďte dátum a úplné detaily (názov nemocnice, meno chirurga, priložte kópiu lekárskej správy)
   b) Objavili sa príznaky aj po operácii? Ak áno, uveďte detaily. ☐ ÁNO ☐ NIE
   c) Objavili sa po operácii nejaké komplikácie? Ak áno, uveďte detaily. ☐ ÁNO ☐ NIE

4. **Uveďte TNM klasifikáciu a histológiu.**

5. **Uveďte, prosím, detaily týkajúce sa Vašej liečby (ako často lieky beriete, názov liekov, množstvo...):**
   a) V súčasnosti
   b) V minulosti

6. **Absolvovali ste aj inú liečbu (rádioterapiu, chemoterapiu, dátum ukončenia liečby)?** ☐ ÁNO ☐ NIE
   Ak áno, uveďte detaily:

MetLife Europe d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 105, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Po, Vložka č.:2699/B, organizačná zložka MetLife Europe designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123 (ďalej aj „poisťovateľ")

MetLife

7. **Ste v súvislosti s ochorením stále sledovaná?** ☐ ÁNO ☐ NIE
   Ak áno, uveďte ako často.

   Ak nie, kedy ste boli z evidencie vyradená?

8. **Boli ste v súvislosti s ochorením práceneschopná?** ☐ ÁNO ☐ NIE
   Ak áno, uveďte detaily (dátumy a trvanie práceneschopnosti).

Abnormálny cervikálny ster

9. **Kedy Vám bol zistený prvý abnormálny ster? (mesiac/rok):**

10. **Uveďte, prosím, výsledky sterov a presnú diagnózu, ak ju poznáte.**

11. **Akú liečbu ste absolvovali?**

12. **Uveďte výsledok a dátum posledného kontrolného steru.**

13. **Ste v súvislosti s ochorením stále sledovaná?** ☐ ÁNO ☐ NIE
    Ak áno, uveďte ako často.

    Ak nie, kedy ste boli vyradená z evidencie?

14. **Uveďte meno a adresu ambulancie Vášho odborného lekára.**

VYHLÁSENIE

Týmto potvrdzujem, že vyššie uvedené údaje sú pravdivé a úplné a súhlasím s tým, že tento dotazník je súčasťou návrhu zo dňa , ktorý tvorí základ zmluvy medzi mnou a poisťovňou.

Dátum:

Podpis: