

Dotazník EPILEPSIA

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Číslo poisťného návrhu:

1. Kedy Vám bola epilepsia diagnostikovaná?

2. Uveďte typ záchvatov (grand mal, petit mal atď.) a ďalšie detaily.

3. Aké vyšetrenia ste v súvislosti s epilepsiou absolvovali (EEG, CT, MRI)?
Uveďte detaily aj s dátumami a výsledkami vyšetrení.

4. V súvislosti s frekvenciou a závažnosťou záchvatov:

a) Opíšte Vaše záchvaty (vrátane prípadnej straty vedomia)

b) Ste informovaný o príčinách, ktoré spôsobujú Vaše záchvaty
Ak áno, uveďte detaily.

ÁNO NIE

c) Ako dlho trvá každý záchvat, hlavne posledný?

d) Koľko záchvatov ste mali za posledných 12 mesiacov?

e) Kedy ste mali posledný záchvat?

5. Sú Vaše aktivity z dôvodu epilepsie akýmkoľvek spôsobom obmedzené?
(Např. ste vlastníkom vodičského preukazu?)

ÁNO NIE

Ak áno, uveďte detaily:

6. Uveďte detaily Vašej liečby (ako často užívate lieky, názov liekov, množstvo).

a) V súčasnosti

b) V minulosti

c) Bola Vaša liečba zmenená v posledných 2 rokoch? Uveďte dôvod:

MetLife Europe d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 47257105, zápis v OR Okr. súdu BA I, Odd.: Po, VI. č.: 2699/B, právna forma: org. zložka podniku zahr. osoby – MetLife Europe designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123

7. V súvislosti s monitorovaním Vášho zdravotného stavu:

a) Uveďte meno a adresu ambulancie Vášho ošetrojúceho lekára

b) Ako často navštevujete Vášho ošetrojúceho lekára?

c) Kedy ste boli naposledy na kontrole?

8. Boli ste v súvislosti s ochorením niekedy práceneschopný? ÁNO NIE

Ak áno, uveďte detaily s dátumami a trvaním práceneschopnosti.

9. Boli ste v súvislosti s ochorením niekedy hospitalizovaný? ÁNO NIE

Ak áno, uveďte detaily s dátumami a trvaním hospitalizácie.

10. Pracujete vo výškach alebo s ťažkými strojmi, prípadne existujú iné dôvody, ktoré zvyšujú riziko vzniku záchvatu?**11. Uveďte akékoľvek dodatočné informácie v súvislosti s Vaším zdravotným stavom, ktoré by mohli pomôcť pri spracovávaní Vášho poistného návrhu.****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: