

DOTAZNÍK

CUKROVKA (DIABETES MELLITUS)

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Číslo poisťného návrhu:

1. Kedy Vám bola cukrovka diagnostikovaná? (mesiac/rok)? Aký typ?

2. Chodíte na pravidelné lekárske kontroly? ÁNO NIE

3. V súvislosti s liečbou:

a) Je Vaše ochorenie regulované diétou? Od kedy? ÁNO NIE

b) Beriete tabletky (PAD)? Ak áno, uveďte názov, množstvo a ako často. ÁNO NIE

c) Beriete inzulín? Ak áno, uveďte typ inzulínu, množstvo, počet dávok denne. ÁNO NIE

d) Bola Vaša liečba zmenená v posledných 2 rokoch? Ak áno uveďte detaily: ÁNO NIE

4. Dodržiavate prísnu diétu? ÁNO NIE

5. V súvislosti s kontrolou Vášho zdravotného stavu:

a) Uveďte meno a adresu Vášho odborného lekára:

b) Ako často chodíte na kontroly?

c) Dátum Vašej poslednej návštevy u Vášho odborného lekára?

d) Ako často mávate vyšetrovanú krv a moč kvôli cukrovke? Uveďte dátum a výsledok poslednej kontroly.

e) Prosím, zaznačte zvyčajné výsledky testov:

(I) cukor v krvi: pod 8 8,1 - 9,0 9,1 - 11,0 11,1 a viac

(II) cukor v moči: negatívny + ++ +++ a viac

(III) bielkoviny v moči ÁNO NIE

(IV) acetón v moči ÁNO NIE

f) Uveďte výsledok a dátum posledných 2 HbA1c testov (glykolyzovaný hemoglobín):

6. Upadli ste niekedy od začiatku liečby do diabetickej (hyperglykemickej) alebo inzulínovej (hypoglykemickej) kómy? ÁNO NIE

Ak áno, uveďte detaily aj s dátumom:

7. Mali ste niekedy nižšie uvedené problémy?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) Oči, zrak? Uvedte výsledok. | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| b) Vysoký krvný tlak? Uvedte liečbu. | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| c) Srdce alebo cirkulačné problémy? | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| d) Bielkoviny v moči? | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| e) Strnulosť, pichanie alebo štipanie v nohách alebo dolných končatinách? | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| f) Hmotnosť – schudli ste v posledných rokoch (dátum, kg)? | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |

Ak áno, uveďte detaily ku všetkým kladne zodpovedaným otázkam.

8. Bývate práceneschopný v súvislosti s cukrovkou alebo komplikáciami cukrovky? ÁNO NIE

Ak áno, uveďte detaily aj s dátumom a dĺžkou trvania:

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

Uveďte detaily (dátum, dôvod, trvanie hospitalizácie, priložte kópiu prepúšťacej správy):

10. Uveďte, prosím, akékoľvek iné informácie ohľadne Vášho zdravotného stavu, 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:

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 Mestského súdu Bratislava III, 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“).

Informácie o spracúvaní a ochrane osobných údajov sú uverejnené na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk.