

# DOTAZNÍK

## GYNEKOLOGICKÉ OCHORENIE

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Číslo poisťného 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:

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:

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](http://www.metlife.sk) v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov.