

שאלונים ו-ד'



שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

פרטי המועמד לביטוח מועמד ראשי מועמד שני ילד

כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספרו	הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו	
מספר ההצעה		

שם משפחה	שם פרטי	תאריך הלידה	מספר הזהות	המין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	גובה	משקל
					ס"מ	ק"ג

1. שאלון מומים/מחלות ו/או הפרעות בעור

לא	כן	לא	כן	לא	כן
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. נגע ו/או גידול עורי	2.2 קיימת מעורבות של מפרקים ²
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.1 טרם הוסר ו/או נמצא במעקב ²	3. פריחה אלרגית כרונית (אורטיקריה)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2 מלנומה ¹ SCC ¹	4. אסתמה של העור (אטופיק דרמטיטיס)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.3 BCC <input type="checkbox"/> ליפומה <input type="checkbox"/> נבוס <input type="checkbox"/> סולר קרטוזיס	5. אקזמה (דלקת עור כרונית)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.4 קונדילומה <input type="checkbox"/> פפילומה	6. פמפיגוס וולגריס ²
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נא פרט באיזה איזור בגוף.	7. גזת ²
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		8. ליכן פלאנוסי ²
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. פסוריאזיס	9. איכטיוזיס ²
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.1 ניתן טיפול תרופתי קבוע	10. מיקוזיס פונגידיס ²
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אם כן נא פרט שם התרופה.	

מום/מחלה ו/או הפרעה אחרת בעור, נא פרט:

¹ נא מכתב מאונקולוג מטפל כולל תשובה היסטולוגית, התייחסות ל- TNM ומצבך העדכני.

² נא מכתב מרופא מומחה המפרט אבחנות וטיפולים כולל התייחסות למצבך העדכני.

2. שאלון מומים/מחלות ו/או הפרעות בלחץ הדם ו/או בלב ו/או בכלי הדם

לא	כן	לא	כן		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. יתר לחץ דם בעשר השנים האחרונות	2.7 פריקדיטיס <input type="checkbox"/> מיוקרדיטיס (דלקת קרום ו/או שריר הלב)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.1 מטופל תרופתית	2.7.1 הארוע היה במהלך: <input type="checkbox"/> 3 חודשים אחרונים <input type="checkbox"/> 6 חודשים אחרונים.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2 הערכים תחת טיפול הם:	2.7.2 הארוע היה לפני שישה חודשים ומעלה ונותר נזק שארי ²
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2.1 ערך תחתון (נא לסמן)	2.7.3 היו ארועים חוזרים ²
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2.2 ערך עליון (נא לסמן)	מום/מחלה ו/או הפרעה אחרת בלב, נא פרט:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נמוך מ- 130 <input type="checkbox"/> 131-135 <input type="checkbox"/> 136-140 <input type="checkbox"/> 141-145 <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	146-150 <input type="checkbox"/> 151-155 <input type="checkbox"/> 156-160 <input type="checkbox"/> 161-165 <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	166-170 <input type="checkbox"/> 171-175 <input type="checkbox"/> 176-180 <input type="checkbox"/> 181-185 <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.3 פגיעה בעיניים ¹	3. מחלה ו/או הפרעה בכלי הדם
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.4 פגיעה בשריר הלב ו/או בכליה ¹	3.1 ורידים מורחבים (דליות)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 אובחנה מחלה כגורם ללחץ - דם גבוה ³	3.1.1 טרם טופל ו/או טופל במהלך 3 שנים האחרונות
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. מחלה או הפרעה בלב	3.1.2 טופל לפני 3 שנים ומעלה והבעיה לא נפתרה
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.1 כאבי חזה	3.2 מפרצת (אמנאוריזמה) ³
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.1.1 כאבי חזה חד פעמי בחמש השנים האחרונות.	3.3 מחלת כלי דם היקפית (pvd) ו/או הפרעה בזרימת הדם בנפיים ³
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.1.2 כאבי חזה חוזרים כ- 5 השנים האחרונות ²	3.4 טרומבוזה (פקקת) ³ <input type="checkbox"/> תסחיף (אמבוליה) ³ <input type="checkbox"/> בנוסף לנדרש
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.2 התקף לב / אוטם בשריר הלב ²	3.5 וסקולטיטיס ³
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.3 הפרעת קצב ו/או הולכה ²	מום/מחלה ו/או הפרעה אחרת בכלי הדם, נא פרט:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.4 הפרעה במסתמים ² <input type="checkbox"/> איוושה בלב ² <input type="checkbox"/> מום בלב ²	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.5 קרדיומיופטיה ²	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.6 צינתור ² (מלבד הנדרש מטה יש לצרף דו"ח צינתור)	

¹ נא מכתב מפרט מרופא מטפל המפרט מצבך העדכני ומידת חומרת הפגיעה

² נא מכתב מקרדיולוג המפרט אבחנות וטיפולים כולל תוצאות בדיקות אחרונות שבוצעו איוושה ו/או מום גם צרף גם אקו לב

³ נא מכתב מרופא מומחה המפרט אבחנות וטיפולים כולל תוצאות בדיקות אחרונות שבוצעו והתייחסות למצבך העדכני

תאריך _____ שם המועמד _____

מס' זהות _____ חתימת המועמד X _____

