

ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟ 2002984 ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΜΕ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ ΤΟ
«ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΝΕΩΣΙΜΩΝ ΠΗΓΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ»

Ιατρικό Ιστορικό του Ασφαλιζομένου ή/ και των εξαρτωμένων μελών οικογενείας του

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ

Κάθε ερώτηση πρέπει να απαντάται γραπτώς, αναφέροντας το όνομα αυτών που αφορά η καταφατική απάντηση και περιγράφοντας με αυτοτέλεια και ακρίβεια την πάθηση, το μήνα, το έτος, τη νοσηλεία και τη σημερινή του κατάσταση. Σημειώστε με Χ στα αντίστοιχα των απαντήσεων τετραγωνίδια.

Ο υπογράφων / Η υπογράφουσα

Όνοματεπώνυμο

Όνομα Πατρός

Ημερομηνία γέννησης

Μέλος του ανωτέρω συλλόγου δηλώνω τα ακόλουθα :

Ποιο είναι το ύψος και το βάρος σας;

	Ύψος(cm)	Βάρος(Kg)	Μεταβολή βάρους κατά το τελευταίο έτος (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Αιτία
Ασφαλιζόμενος				
Ο/Η σύζυγος				
Παιδί				
Παιδί				

Έχετε ή είχατε ποτέ παθήσεις ή ενοχλήσεις:

- | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. καρδιάς, εγκεφάλου, αρτηριών και φλεβών; π.χ. στεφανιαία νόσος, συγγενή καρδιοπάθεια, φύσημα, αρρυθμίες, υπέρταση, κίρσους, κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. του αναπνευστικού συστήματος; π.χ. άσθμα, βρογχίτιδα, φυματίωση, σύνδρομο υπνικής άπνοιας κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. του πεπτικού συστήματος; π.χ. παθήσεις στομάχου, δωδεκαδάκτυλου, εντέρων, χολής, ήπατος, παγκρέατος κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. του ουροποιογεννητικού συστήματος; π.χ. κωλικός νεφρού, ουρολοίμωξη, παθήσεις προστάτη, νεφρική ανεπάρκεια κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. νευρικού συστήματος, ή ψυχιατρικές παθήσεις; π.χ. ημικρανίες, ίλιγγους, επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας, κατάθλιψη κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. του μυοσκελετικού συστήματος; π.χ. δισκοπάθεια, παθήσεις ή κακώσεις αρθρώσεων, κατάγματα, ρευματικές παθήσεις κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. του δέρματος, του μεταβολισμού; π.χ. ψωρίαση, υπερχοληστεριναιμία, σακχαρώδη διαβήτη, θυρεοειδοπάθειες κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. των ματιών, των αυτιών, της μύτης, του λαιμού; π.χ. μυωπία- πόσους βαθμούς, καταρράκτη, διπλωπία, ελάττωση ακοής, βρόγχο φωνής κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. του αίματος και αιμοποιητικών οργάνων, των λεμφαδένων; π.χ. αναιμίες, παθήσεις σπλήνα, φλεγμονή λεμφαδένων κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. νεοπλασμάτα ή καρκίνο οποιασδήποτε μορφής; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. γυναικολογικές παθήσεις; π.χ. ινομυώματα, κύστες ωοθηκών, ενδομητρίωση, ινοκυστική νόσος μαστών κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Είστε έγκυος; Αν ναι σε ποιόν μήνα; _____ | | |
| 13. Έχει συμβεί κατά το παρελθόν ή σας έχει συσταθεί: να νοσηλευτείτε σε νοσοκομείο, να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση εντός ή εκτός νοσοκομείου, να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε φαρμακευτική ή άλλη θεραπευτική αγωγή, να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε εξέταση προληπτικά ή εξαιτίας οποιασδήποτε ενοχλήματος από την οποία διαπιστώθηκαν ευρήματα οποιασδήποτε φύσης και μορφής που απαιτούσαν ή απαιτούν ιατρική συμβουλή ή θεραπεία; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Είστε καπνιστής; Πίνετε αλκοολούχα ποτά; Αν ναι, διευκρινίστε μας τι ποσότητα την ημέρα και επί πόσο χρονικό διάστημα; Έχετε κάνει ή κάνετε χρήση ναρκωτικών, αναβολικών ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Έχετε περάσει ή πάσχετε από άλλη πάθηση ή έχετε ενοχλήματα σχετικά με περιπτώσεις που δεν αναφέρονται παραπάνω; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Στην οικογένειά σας (πατέρας-μητέρα-αδέλφια) είχατε περιπτώσεις διαβήτη, παθήσεων καρδιάς ή νεφρών, υπέρτασης, εγκεφαλικού, διανοητικών ή ψυχιατρικών διαταραχών;
Αν ναι, παρακαλούμε να σημειώσετε την μορφή συγγένειας και αν γνωρίζετε την πάθηση, σε ποια ηλικία διαγνώστηκε και ποια είναι η σημερινή κατάσταση της υγείας τους; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Συνέχεια στην επόμενη σελίδα

