

Ankieta Medyczna

Pre-Underwriting Assessment

DANE PODSTAWOWE

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy nastąpiła niezamierzona zmiana wagi powyżej 10 kg?	☐	☐
Podaj wzrost, wagę oraz BMI	☐	☐
Czy Twoja waga kiedykolwiek była związana z BMI poniżej 18,5 lub powyżej 35?	☐	☐
Czy obecnie przyjmujesz jakiegokolwiek leki (na receptę lub regularnie bez recepty)?	☐	☐
Ile jednostek alkoholu spożywasz tygodniowo? (piwo/wino/wódka)	 	
Ile palisz papierosów, jeśli jesteś palaczem?	☐	☐

CHOROBY POWAŻNE / ONKOLOGIA / NEUROLOGIA

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Rak, białaczka, choroba Hodgkina, chłoniak, nowotwór mózgu lub rdzenia?	☐	☐
Udar, przemijający atak niedokrwienności (TIA), krwotok mózgu lub trwałe uszkodzenie mózgu spowodowane wypadkiem?	☐	☐
Stwardnienie rozsiane, zapalenie nerwu wzrokowego, padaczka, dystrofia mięśni, choroba Parkinsona, otępienie, choroba Alzheimera, porażenie mózgowe, choroba neuronu ruchowego lub inne zaburzenia mózgu lub nerwów?	☐	☐
Napady padaczkowe, drgawki, omdlenia lub utraty przytomności?	☐	☐
Drętwienie, drżenie, uczucie mrowienia, zawroty głowy, ból twarzy lub zaburzenia widzenia?	☐	☐

SERCE / KRĄŻENIE / NACZYNNIA

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Choroba lub zaburzenia serca, w tym zawał serca, dusznica bolesna, kardiomiopatia, szmery serca, wady zastawek serca lub operacja serca?	☐	☐
Choroby lub zaburzenia naczyń krwionośnych, w tym problemy z krążeniem w nogach?	☐	☐
Podniesione ciśnienie krwi lub podniesiony poziom cholesterolu, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca lub nieregularne bicie serca?	☐	☐

METABOLICZNE / HORMONALNE / KREW

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Cukrzyca lub cukier w moczu?	☐	☐
Zaburzenia tarczycy, nadnerczy lub przysadki?	☐	☐
Anemia lub inne choroby krwi?	☐	☐

ZDROWIE PSYCHICZNE

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Choroba psychiczna, która wymagała leczenia szpitalnego?	☐	☐
Jakiegolwiek zaburzenia psychiczne, w tym stres, niepokój, ataki paniki, depresja, załamanie nerwowe lub zaburzenia odżywiania?	☐	☐

UKŁAD ODDECHOWY

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Jakiegolwiek zaburzenia układu oddechowego lub płuc, w tym zapalenie oskrzeli, rozedma płuc, zwłóknienie płuc lub astma?	☐	☐

UKŁAD POKARMOWY / WĄTROBA / JELITA

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Zaburzenia układu pokarmowego, wątroby, żołądka, przełyku, trzustki, jelita grubego lub jelit, w tym choroba wrzodowa żołądka, zapalenie wątroby lub zespół Gilberta?	☐	☐
Zapalenie trzustki, zapalenie jelita grubego lub choroba Crohna?	☐	☐

NERKI / UKŁAD MOCZOWY

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Zaburzenia nerek, pęcherza moczowego lub prostaty, w tym krew lub białko w moczu, zakażenia dróg moczowych lub gruczołu krokowego?	☐	☐

UKŁAD RUCHU

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Jakiegolwiek formy zapalenia stawów lub zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa lub inne problemy związane z plecami, szyją, stawami, kośćmi lub mięśniami, w tym dyskopatia, reumatyzm, skolioza lub rwa kulszowa?	☐	☐

SKÓRA / ALERGIE

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Narośl lub zmiany skórne jakiegolwiek rodzaju, które zaczęły krwawić, stały się bolesne, swędzą, zmieniły kolor lub zwiększyły rozmiar?	☐	☐
Jakiegolwiek choroby skóry lub alergię, w tym łuszczyca i zapalenia skóry?	☐	☐

BADANIA / OBJAWY BIEŻĄCE

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Czy w ostatnich 5 latach, poza wcześniej wymienionymi chorobami, chorowałeś/aś lub miałeś/aś inne przypadłości?	☐	☐
Czy kiedykolwiek miałeś/aś jakiegolwiek badania, prześwietlenia, MRI lub badania krwi, których jeszcze nie wymieniono?	☐	☐
Czy czekasz na wyniki jakichkolwiek badań lub wizytę u lekarza?	☐	☐
Czy obecnie doświadczasz stanu chorobowego lub objawów, z którymi zamierzasz skonsultować się z lekarzem?	☐	☐

COVID / WZROK / SŁUCH

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Czy zostałeś/łaś kiedykolwiek zdiagnozowany/a z koronawirusem (COVID-19)?	☐	☐
Czy kiedykolwiek wystąpiły zaburzenia wzroku, pogorszenie widzenia lub ślepota?	☐	☐
Czy kiedykolwiek wystąpiły zaburzenia słuchu, w tym głuchota?	☐	☐

| ZDROWIE KOBIET

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Czy miałaś kiedykolwiek nieprawidłowe wyniki wymazu, cytologii, mammografii lub biopsji piersi, szyjki macicy lub macicy?	☐	☐

| HISTORIA RODZINNA

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Czy Twoi rodzice lub rodzeństwo chorowali na ciężką chorobę przed 60. rokiem życia?	☐	☐

| PRACA / ZDOLNOŚĆ DO PRACY

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Czy miałaś/aś więcej niż 5 dni z rzędu zwolnienia lekarskiego z powodu problemów zdrowotnych?	☐	☐
Czy kiedykolwiek wróciłaś/aś do pracy na tzw. 'light duties'?	☐	☐
Czy jesteś obecnie na okresie wypowiedzenia?	☐	☐
Czy planujesz zmianę pracy w ciągu najbliższych 6 miesięcy?	☐	☐
Czy typ wykonywanej pracy to 'offshore'? (np. statek, platforma wiertnicza)	☐	☐
Czy kończy się Twoje zlecenie lub kontrakt? (Self-Employed/Limited)	☐	☐

| CHOROBY ZAKAŻNE / STD

PYTANIE	OSOBA 1	OSOBA 2
Czy kiedykolwiek miałaś/aś pozytywny wynik testu na HIV lub zapalenie wątroby typu B lub C, lub czy oczekujesz na wynik takiego testu?	☐	☐
Czy kiedykolwiek wystąpiły choroby przenoszone drogą płciową?	☐	☐

OŚWIADCZENIE - OSOBA 1

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i kompletne według mojej najlepszej wiedzy.

IMIĘ I NAZWISKO

DATA

PODPIS

OŚWIADCZENIE - OSOBA 2 (JEŚLI DOTYCZY)

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i kompletne według mojej najlepszej wiedzy.

IMIĘ I NAZWISKO

DATA

PODPIS