

پرسشنامه درمان خانواده

شماره :

تاریخ :

نام و نام خانوادگی:	
تاریخ تولد:	شماره شناسنامه :
محل صدور:	جنسیت : مرد ☐ زن ☐
وضعیت تاهل: متاهل ☐ مجرد ☐	تابعیت :
شغل اصلی در حال حاضر :	مشاغل فرعی در حال حاضر :
میزان تحصیلات :	
نشانی منزل :	
نشانی محل کار:	
کد پستی :	تلفن همراه :
	تلفن ثابت :
	آدرس الکترونیکی :
آیا تحت پوشش بیمه گران ذیل قرار دارید؟ بلی ☐ خیر ☐ تامین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ سلامت ☐ آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بلی ☐ خیر ☐	
ردیف	سوالات پزشکی از بیمه شده
۱	بیماریهای دستگاه تنفسی سل ریوی ☐ برونشیت ☐ سرطان ریه ☐ نارسایی شدید تنفسی ☐ آسم ☐ بیماری ندارم ☐
۲	بیماریهای قلب و عروق فشار خون بالا ☐ سکته و یا حمله قلبی ☐ آریتمی قلب ☐ سابقه آنژیوگرافی ☐ سابقه آنژیوپلاستی ☐ جراحی قلب ☐ بیماری ندارم ☐
۳	بیماریهای گوارشی ، کبد و پانکراس خونریزی گوارش ☐ هپاتیت ☐ واریس مری ☐ بیماریهای التهابی روده (کرون، کولیت اولسرو) ☐ بیماری ندارم ☐
۴	بیماریهای خونی غده لنفاوی بزرگ شده ☐ کم خونی ☐ تالاسمی ☐ هموفیلی ☐ اختلالات انعقادی ☐ خونریزی بدون علت ☐ نارسایی کبد ☐ بیماری ندارم ☐
۵	بیماریهای اعصاب و روان اسکیزوفرنی ☐ اضطراب ☐ افسردگی شدید ☐ اقدام به خودکشی ☐ اختلال دو قطبی ☐ بیماری ندارم ☐
۶	بیماریهای کلیه و مجاری ادراری و تناسلی نارسایی مزمن کلیه ☐ خون در ادرار ☐ سنگ کلیه ☐ مشکلات پروستات ☐ واریکوسل ☐ بیماری ندارم ☐
۷	بیماریهای مغز و اعصاب تشنج ☐ صرع ☐ ms ☐ سکته مغزی ☐ مشکلات حرکتی ☐ فراموشی ☐ حرکات غیر ارادی و لرزش ☐ پارکینسون ☐ معلولیت ذهنی ☐ سابقه سکته مغزی ☐ آلزایمر ☐ بیماری ندارم ☐
۸	بیماریهای گوش و حلق بینی و چشم انحراف بینی ☐ سنیوزیت ☐ کاهش شنوایی ☐ خونریزی مکرر بینی ☐ سرگیجه ☐ کاشت حلزون شنوایی ☐ عیوب انکساری ☐ آب مروارید (کاتاراکت) ☐ آب سیاه ☐ بلفارو پتوز ☐ بیماری ندارم ☐

۹	بیماریهای پوستی توده ☐ تورم ☐ خونریزی غیر عادی ☐ حساسیت پوستی ☐ زخم طول کشیده ☐ خال بزرگ شده ☐ تغییر رنگ و خونریزی خال ها ☐ بیماری بهجت ☐ سوختگی درجه ۳ ☐ پسوریازیس مقاوم به درمان ☐ سارکوئیدوز ☐ بیماری ندارم ☐
۱۰	بیماریهای استخوان و مفاصل خشکی مفاصل ☐ درد ، تورم مفاصل ☐ اسکولیوز ☐ پارگی رباط زانو ☐ پارگی رباط شانه ☐ پارگی رباط مچ پا ☐ ژنوآرم ☐ هالوکس والگوس ☐ بیماری ندارم ☐
۱۱	بیماریهای غدد داخلی پرکاری و کم کاری تیروئید ☐ چربی خون بالا ☐ دیابت ☐ تعریق شدید ☐ بیماری ندارم ☐
۱۲	بیماریهای عفونی سل ☐ هیپاتیت ☐ ایدز ☐ تب مالت ☐ مالاریا ☐ کسیت هیداتیک ☐ بیماری ندارم ☐
۱۳	سابقه از کارافتادگی و نقص عضو دارید : بله ☐ خیر ☐ توضیحات
۱۴	سابقه بستری در بیمارستان بدلیل عمل جراحی و یا بیماری که بدلیل آن به مدت طولانی دارو مصرف کرده باشید : بله ☐ خیر ☐ توضیحات
۱۵	آیا در یکسال گذشته به پزشک مراجعه نموده اید و یا معاینات و آزمایشات دوره ای انجام داده اید؟ بله ☐ خیر ☐ به چه علت؟
۱۶	آیا از سیگار ، مشروبات الکلی ، مواد مخدر و داروهای روانگردان استفاده کرده اید، یا می کنید؟ نوع دارو: میزان مصرف و مدت آن :
۱۷	آیا از بستگان نزدیک شما به بیماری سرطان ، سکنه مغزی ، بیماری قلبی ، تشنج ، دیابت ، فشار خون ، نارسایی کلیه ، بیماریهای مادرزادی ، بیماریهای اعصاب و روان و بیماریهای مزمن دیگر ، مبتلا می باشند؟ بله ☐ خیر ☐ توضیحات
۱۸	آیا در شش ماه گذشته تغییرات شدید وزن ، چربی خون بالا و تب طولانی داشته اید؟ بله ☐ خیر ☐ به چه علت ؟
۱۹	آیا سابقه فوت زیر سن ۶۰ سال در بستگان درجه یک داشته اید؟ بله ☐ خیر ☐ نسبت: سن در زمان فوت: علت فوت:
سوابق پزشکی مخصوص بانوان	
۲۰	آیا در حال حاضر باردار هستید؟ بلی ☐ خیر ☐ تاریخ آخرین زایمان: توجه: چنانچه بارداری به هنگام تکمیل این فرم احراز گردد بیمه شده موظف است مراتب را جهت تعیین تاریخ شروع پوششهای بیمه ای به بیمه گر اطلاع دهد.
۲۱	آیا دچار عوارض و بیماریهای ناشی از بارداری و زایمان نظیر فشارخون حاملگی ، مسمومیت حاملگی ، سقط جنین ، مول و خونریزی های بعد از زایمان شده اید؟ بلی ☐ خیر ☐
۲۲	آیا بیماریهای خاص زنان نظیر خونریزی غیر طبیعی یا لکه بینی ، کیست تخمدان یا عفونت رحمی و غیره داشته اید ؟ بلی ☐ خیر ☐ علت و مدت آن:
۲۳	آیا دچار درد ، تورم یا ترشح پستانها و یا درد و تورم در ناحیه زیر بغل شده اید؟ بلی ☐ خیر ☐

اینجانباعلام و تعهد می نمایم کلیه سئوالات را در کمال دقت و صداقت پاسخ داده و هیچ موضوعی را کتمان نکرده ام و در صورتیکه ثابت شود سهواً "یا عمداً" مطلبی را خلاف واقع عنوان نموده ام حق هرگونه ادعا و نیز استفاده از مزایای درمان تکمیلی خانواده از اینجانب ساقط خواهد گردید.

نام و نام خانوادگی

امضاء و اثر انگشت بیمه گذار:

* چنانچه مورد خاصی توسط پزشک معتمد بیمه گر پس از بررسی پرسشنامه خود اظهاری و یا معاینه بیمار استثناء گردد، شعبه موظف است در ماده ۹ بیمه نامه منظور نماید.

شعبه تایید کننده صدور بیمه نامه درمان خانواده

ریاست شعبه

پزشک معتمد شعبه