

**CHESTIONAR MEDICAL**

Numele și prenumele \_\_\_\_\_ Ocupația \_\_\_\_\_

Data nașterii \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_

<p>1. a) Înălțime _____ cm</p> <p>c) Greutatea dvs. a variat în ultimele 6 luni? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>2. a) Fumați? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>b) Dacă DA: Tip (țigări, trabuc, pipă) _____</p> <p>c) Dacă NU: Ați fumat vreodată? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>3. Consumați alcool? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> Dacă DA: Cât de mult? _____ / săptămână Tip _____ Din ce an? _____</p> <p>4. Consumați droguri? (narcotice, somnifere, tranchilizante, analgezice) DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> Dacă DA: Cât de des? _____ Tip _____</p> <p>5. În familia dumneavoastră există sau au existat cazuri de diabet, hipertensiune arterială, cancer, paralizie, afecțiuni cardio-vasculare, renale sau nervoase? <b>Precizați gradul de rudenie.</b> DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>6. Ați suferit sau suferiți de oricare dintre bolile de mai jos:</p> <p>a) Hipertensiune arterială, infarct miocardic, angină pectorală, palpitații, reumatism cardiac, defecte ale valvelor inimii sau orice altă boală de inimă? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>b) Aneurism, varice, flebită, tromboflebită sau orice altă boală a vaselor de sânge? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>c) Astm, bronșită, tuberculoză, pneumonie, tuse cronică, fibroză sau orice altă boală a aparatului respirator? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>d) Esofagită, gastrită, ulcer, sângerări gastro-intestinale, hepatită, ciroză, litiază biliară sau orice altă boală a esofagului, stomacului, intestinului, splinei, pancreasului, ficatului sau a vezicii biliare? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>e) Litiază renală, insuficiență renală, anexită, hemoragie uterină sau orice altă boală a rinichilor, vezicii urinare, prostatei sau a organelor genitale? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>f) Reumatism, artrită sau orice altă boală a mușchilor, oaselor, articulațiilor sau a coloanei vertebrale? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>g) Afecțiuni ale sânilor, pielii, ochilor, urechilor, nasului, gâtului sau ale sinusurilor? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>h) Stări de leșin, convulsii, migrene, paralizie, anxietate, depresie, epilepsie, comoție cerebrală sau orice altă boală nervoasă sau neurologică? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>i) Cancer, chisturi sau orice altă tumoră? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>j) Diabet zaharat, tulburări ale colesterolului sau ale trigliceridelor, gută, boli ale glandei tiroide sau ale altor glande endocrine? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>k) Anemie, leucemie sau orice altă boală de sânge? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>l) Boli cu transmitere sexuală? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p>	<p>b) Greutate _____ kg</p> <p>d) Dacă DA, precizați diferența (+/-) _____ kg</p> <p>Cât de mult? _____ /zi Din ce an? _____</p> <p>Dacă DA, cât timp? _____ Când ați renunțat? _____</p> <p>Tip _____ Din ce an? _____</p> <p>Tip _____</p>
<p>7. Ați fost depistat pozitiv la testul HIV/SIDA sau așteptați rezultatul unui astfel de test? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>8. Ați fost vreodată internat în spital, clinică sau orice altă unitate medicală? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>9. Ați suferit vreodată o intervenție chirurgicală? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>10. Ați efectuat în ultimele 6 luni oricare dintre următoarele investigații: EKG, radiografie toracică, analiza sângelui sau a urinei? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>11. Ați urmat sau urmați un tratament medicamentos? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>12. Vi s-a recomandat să urmați un tratament sau să efectuați o intervenție chirurgicală, dar nu ați făcut-o? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>13. <b>(Pentru femei)</b> Sunteți însărcinată? În ce lună? Cum decurge sarcina? <b>(Pentru bărbați)</b> Ați fost scutit de efectuarea stagiului militar din motive medicale? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p> <p>14. Aveți altceva de declarat în legătură cu starea dumneavoastră de sănătate? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/></p>	

**Pentru oricare răspuns afirmativ la întrebările 5 - 14 vă rugăm să furnizați detalii în spațiile de mai jos.**

Nr.	Diagnostic	Data diagnosticului

Ascunderea, declararea incompletă sau incorectă a oricărei informații poate afecta plata indemnizațiilor de asigurare.

Declar că răspunsurile de mai sus sunt adevărate și complete și că nu am ascuns sau omis nici o circumstanță cunoscută sau pe care ar fi trebuit să o cunosc și fără de care GARANTA nu ar putea face o evaluare exactă a riscului asumat.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_