

Wypełnia lekarz z klientem

Protokół Badania Lekarskiego dla osób zaciągających w Banku Millennium S.A. kredyty/pożyczki hipoteczne udzielone w ramach oferty eurobanku zabezpieczone hipoteką na nieruchomości

Stwierdza się że Pan/Pani:

Imię (imiona)

Nazwisko

Pesel

Urodzony(a) (d-m-r)

Zamieszkały(a)

Ulica, nr domu, lokalu

Kod pocztowy - Miejscowość

Dowód osobisty/paszport

został(a) poddany(a) badaniom lekarskim wg poniższego wzoru:

Pytania	Szczegółowe informacje
1. Czy kiedykolwiek Pana/Pani rodzice/rodzeństwo chorowali/ chorują lub zmarli w następstwie takich chorób jak:	Jeśli TAK, proszę podać które, kiedy i w jakim wieku?
a) Choroby serca, układu krążenia np.: zawał serca, nadciśnienie tętnicze, wady serca	
b) Choroby przemiany materii np.: cukrzyca, wysoki poziom cholesterolu we krwi, dna moczanowa	
c) Choroby nerek np.: przewlekłe zapalenie nerek, marskość nerek, niewydolność nerek, torbiel nerek	
d) Choroby psychiczne, neurologiczne np.: schizofrenia, depresje, porażenia, zaniki mięśni	
e) Gruźlica	
f) Nowotwory	
g) Inne choroby dziedziczne i wrodzone	
2. Czy był(a) Pan/Pani leczony(a) lub miał(a) objawy wymienianych niżej chorób:	Jakie? Kiedy? Jak często? Nazwa i adres placówki w której był(a) Pan/Pani leczony(a).

Pytania	Szczegółowe informacje
a) Choroby serca i naczyń krwionośnych: wady serca, niewydolność serca, niedomykalność zastawek, szmery, ból w klatce piersiowej, zawał serca, choroba wieńcowa, kołatanie serca, nadciśnienie tętnicze, inne choroby naczyń (zapalenie żył, zatory)?	
b) Choroby układu oddechowego: gruźlica, zapalenie płuc, nawracające i przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma, choroby nosa i gardła?	
c) Choroby układu trawiennego: choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, nieżyt żołądka, zapalenie jelita grubego, krwawienia jelitowe, schorzenia wątroby i pęcherzyka żółciowego, choroby trzustki, żółtaczkę?	
d) Choroby układu moczowego: stany zapalne nerek, kolki, kamienie, torbiele, zapalenie miedniczki nerkowej lub pęcherza moczowego, ból przy oddawaniu moczu, krwiomocz, białkomocz?	
e) Choroby mózgu, rdzenia kręgowego oraz choroby psychiczne: choroby umysłowe, depresje, padaczka, drgawki, niedowłady, omdlenia, utraty przytomności, zawroty i bóle głowy?	
f) Choroby i wady narządu wzrokowego: zaburzenia widzenia? Czy nosi Pan/Pani okulary/szklę kontaktowe? Czy wada wzroku jest całkowicie korygowana używanymi przez Pana/Panią okularami/szklami kontaktowymi? Czy miał(a) Pan/Pania badane dno oka? Jeżeli tak, to kiedy, z jakiego powodu, jaki był wynik?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie oko prawe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie oko lewe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie ilość dioprii: prawe _____ lewe _____ <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie _____
g) Czy występują u Pana/Pani zaburzenia słuchu? Czy używa Pan/Pani aparatu słuchowego? Czy wada słuchu jest całkowicie korygowana używanym przez Pana/Panią aparatem słuchowym?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie ucho prawe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie ucho lewe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie utrata słuchu w procentach: prawe _____ lewe _____
h) Zmęczenie, utrata wagi, biegunka, powiększone węzły chłonne, nietypowe zmiany na skórze, alergie?	
i) Choroby przemiany materii: cukrzyca, wysoki poziom cholesterolu, dna moczanowa, nadczynność /niedoczynność tarczycy, osteoporoza, inne zaburzenia hormonalne?	
j) Nowotwory?	
k) Choroby układu kostno-stawowego: bóle krzyża, lumbago, wypadnięcie dysku, gościec, skrzywienie kręgosłupa, łokieć tenisisty, inne choroby stawów?	

Pytania	Szczegółowe informacje
l) Ostre i przewlekłe choroby zakaźne, choroby weneryczne, tropikalne: malaria?	
m) Czy kiedykolwiek stwierdzono zakażenie wirusem HIV (np. za pomocą testu krwi)?	
n) Kobiety: Choroby narządów rozrodczych i piersi? Zaburzenia menstruacji? Czy obecnie jest Pani w ciąży? Termin porodu _____ Czy wszystkie poprzednie ciąże i porody przebiegły prawidłowo? Czy poddaje się Pani regularnie kontroli ginekologicznej z badaniem cytologii, mammografii, USG?	Od kiedy? Kiedy ostatnio? Z jakim wynikiem? Jak często? Jakie badanie?
o) Mężczyźni: Choroby gruczołu krokowego? Czy miał Pan badany poziom PSA?	Kiedy?
3. Czy był(a) Pan/Pani kiedykolwiek leczona środkami farmakologicznymi takimi jak:	Kiedy? Dlaczego? Dawka. Proszę podać nazwisko i adres lekarza zlecającego.
a) leki nasercowe, obniżające poziom cukru we krwi, obniżające ciśnienie krwi, leki hormonalne?	Którymi?
b) Jakie środki medyczne zażywa Pan/Pani obecnie?	Dawki
c) Czy zażywał(a) Pan/Pani lub obecnie zażywa środki uspokajające, pobudzające, narkotyki?	Jakie? Kiedy?
d) Czy pali Pan/Pani papierosy?	Ile dziennie?
4. Czy pije Pan/Pani alkohol?	Proszę podać jaki rodzaj oraz określić tygodniowe spożycie.

Pytania	Szczegółowe informacje
a) Czy kiedykolwiek Pan/Pani lub jest obecnie w trakcie leczenia lub konsultacji spowodowanych nadużywanych nadużywaniem alkoholu?	
b) Czy zostało Panu/Pani kiedykolwiek odebrane lub czasowo zatrzymane prawo jazdy?	Kiedy? Dlaczego?
c) Czy kiedykolwiek doznał(a) Pan/Pani zatrucia?	Jakiego rodzaju? Konsekwencje?
5. Czy kiedykolwiek doznał(a) Pan /Pani na skutek wypadku – zewnętrznego lub wewnętrznych obrażeń ciała? Jeżeli tak proszę podać z jakiego powodu oraz ewentualne konsekwencje.	
6. Czy kiedykolwiek próbował(a) Pan/Pani popełnić samobójstwo?	Kiedy? Dlaczego? Ile razy?
7. a) Czy kiedykolwiek był(a) Pan/Pani operowana?	Kiedy? Dlaczego? Adres placówki?
b) Czy kiedykolwiek nie wyraził(a) Pan/Pani zgody na zabieg operacyjny?	Kiedy? Dlaczego?
c) Czy jest Pan/Pani w trakcie oczekiwania na zabieg operacyjny?	Jaki? Termin operacji?
8. Czy poddawał(a) lub zamierza się Pan/Pani poddać, badaniom lekaskim takim jak: Rtg, EKG, USG, angiografia, endoscopia, tomografia komputerowa, urografia, rezonans magnetyczny, mammografia itp.	Kiedy? Które? Adres placówki?
9. Czy kiedykolwiek choroba lub wypadek spowodowały, że nie był(a) Pan/Pani zdolna do pracy dłużej niż 3 tygodnie?	Jaka? Kiedy? Jak długo?
10. Kto jest Pana/Pani lekarzem rejonowym/domowym? Od jak dawna? Proszę podać adres placówki medycznej.	
11. a) Czy był(a) Pan/Pani badany(a) lub leczony(a) w szpitalu, sanatorium lub innej placówce medycznej?	Gdzie? Kiedy? Dlaczego?
b) Proszę wymienić innych lekarzy, którzy konsultowali lub leczyli Pana/Panią w ciągu ostatnich pięciu lat.	
12. Czy pracuje Pan/Pani w warunkach szkodliwych dla zdrowia?	Jeśli tak, proszę podać krótkie uzasadnienie.

Pytania	Szczegółowe informacje
13. Czy otrzymał (a) lub starał (a) się Pan/Pani o rentę lub odszkodowanie z tytułu przebytego wypadku, choroby, przewlekłej niezdolności do pracy?	% utraty zdrowia, czas trwania, grupa inwalidzka

Oświadczenie Osoby Badanej

Niniejszym potwierdzam, że wszystkie podane powyżej informacje są kompletne, prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych lub nieaktualnych informacji odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń Sogecap S.A. Oddział w Polsce jest ograniczona zgodnie z art. 815 § 3 kodeksu cywilnego.

Data, czytelny podpis osoby badanej

Pieczętka imienna (podpis) lekarza badającego

Pieczęć Placówki wykonującej badanie

Pieczętka imienna (podpis) Kierownika Placówki

Wypełnia lekarz

Badanie przedmiotowe	
Czy jest Pan/Pani spokrewniony(a) z osobą ubezpieczoną? Jeżeli TAK, proszę określić stopień pokrewieństwa.	
1. a. Waga _____ kg Wzrost _____ cm	Obwód klatki piersiowej przy: Pełnym wdechu _____ cm Pełnym wydechu _____ cm Obwód brzuch na wysokości pępka _____ cm
b) Czy pacjent sprawia wrażenia osoby chorej lub starszej niż podaje?	
2. Pomiar RR przed badaniem	_____ / _____ mm Hg
3. Pomiar tętna. Czy jest miarowe? Jeżeli nie miarowe, to określić charakter niemiarowości.	_____ min <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Czy podejrzewa Pan/Pani, że badany(a) może nadużywać alkoholu, leków lub środków narkotycznych?	
5. Czy według Pan/Pani oceny badany jest nałogowym palaczem?	
6. Czy w badaniu stwierdzono odchylenia od normy w zakresie:	
a) Oczu, uszu, nosa, jamy ustnej, gardła	
b) Skóry, węzłów chłonnych, tętnic obwodowych lub żył. Czy jest wyczuwalne tętno w tętnicach kończyn dolnych	
c) Układu nerwowego (odruchy, chód, niedowład, drżenia, zaniki mięśni, inne)	
d) Układu oddechowego (kaszel, chrypka, zniekształcenie klatki piersiowej, ruchomość klatki piersiowej, wyniki odsłuchiwania płuc)	
e) Jamy brzusznej: nieprawidłowości przy oglądaniu, opukiwaniu, osłuchiwaniu i obmacywaniu, ew. przepukliny, powiększenie wątroby i śledziony	
f) Układu moczowego	
g) Układu wydzielania wewnętrznego (uwzględniając tarczycę)	
h) Układu ruchu (uwzględniając kręgosłup i stawy)	

Badanie przedmiotowe	
7. Badanie serca a) Czy stwierdza się odstępstwa od normy przy opukiwaniu (powiększenie), odsluchiwaniu serca (szmery, nieprawidłowe tony, niemiarowość)?	
b) Czy szmer ma prawdopodobnie charakter: czynnościowy, organiczny?	
8. Jeżeli podczas pierwszego pomiaru, ciśnienie skurczowe przekroczyło 140mm Hg, rozkurczowe 85 mm Hg, proszę o dwukrotny pomiar ciśnienia krwi.	_____ / _____ mm Hg _____ / _____ mm Hg
9. Jakie inne ewentualne badania klient/ka powinien/na wykonać w celu dokładnego określenia stanu zdrowia?	
10. Czy istnieją inne niepomyślne czynniki związane ze zdrowiem, charakterem, mentalnością, zwyczajami lub trybem życia osoby ubezpieczonej, które nie zostały uwzględnione w pytaniach?	
11. Opinia lekarza badającego. Badany w pełni zdrowy. Jeżeli nie, proszę o krótkie uzasadnienie.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Informacje dodatkowe	

Powyższa konsultacja miała miejsce w

Godzina i data konsultacji

Pieczętka imienna (podpis) lekarza badającego

Pieczęć Placówki wykonującej badanie

Pieczętka imienna (podpis) Kierownika Placówki

Prosimy o przesłanie Protokołu Badania Lekarskiego wraz z wynikami badań laboratoryjnych najpóźniej następnego dnia po przeprowadzeniu konsultacji na adres Sogecap S.A. Oddział w Polsce, Plac Solny 16, 50-062 Wrocław.