

**POJISTITEL**

# Zdravotní dotazník pojištěného

Příjmení a Jméno

rodné číslo

**I. Údaje o lékaři**

Lékař, u kterého si můžeme vyžádat Vaši kompletní zdravotní dokumentaci (uveďte jeho jméno a přesnou adresu, včetně telefonu a e-mailu):

Odborný lékař, kterého pravidelně navštěvujete (uveďte jeho jméno, přesnou adresu a odbornost, frekvenci Vašich návštěv a důvod poslední prohlídky):

Pozn.: Neuvádějte preventivní prohlídky.

**II. Povolání**

Povolání, pracovní zařazení (funkce):

Obor činnosti (odvětví):

**ZDRAVOTNÍ DOTAZY****III. Zaškrtněte pravdivé odpověď; v případě, že zvolíte možnost ANO, je nezbytné uvést další detaily.**

1.	a) Jste v současné době v pracovní neschopnosti?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	a) Od kdy, s jakou diagnózou, předpokládaný konec prac. neschopnosti:
	b) Jste v současné době vyšetřován/a pro onemocnění nebo úraz?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	b) Jaké/čeho?
	c) Pro žadatelky ženy: Jste těhotná?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	c) Předpokládaný termín porodu:
2.	a) Byl/a jste v posledních pěti letech v pracovní neschopnosti delší než čtyři týdny?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	a) Od kdy, do kdy a s jakou diagnózou:
	b) Vyžadovalo nějaké Vaše onemocnění či úraz v posledních pěti letech pobyt a léčení v nemocnici nebo v jiném léčebném či zdravotnickém zařízení?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	b) Kdy, důvod:
	c) Je u Vás v současné době plánován pobyt v nemocnici nebo operace?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	c) Kdy, důvod:
3.	Podstoupil/a jste v posledních pěti letech speciální vyšetření (RTG, CT, NMR, EKG, EEG, ultrazvuk, endoskopie, ozařování aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jaké, výsledek:
4.	Jste v invalidním důchodu 1., 2., nebo 3. stupně?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Důvod, stupeň a od kdy:
5.	Jaká je Vaše váha a výška?	Výška: <input type="text"/> cm	Váha: <input type="text"/> kg	
6.	Kouříte (cigarety, doutníky apod.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Uveďte počet denně a kolik let kouříte:
7.	Pijete alkohol a) Pravidelně.	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	a) Jaký druh alkoholu, kolik denně, jak dlouho:
	b) Příležitostně.	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
8.	Užíváte pravidelně léky, jste pod lékařským dohledem?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jaké, jak dlouho, na jaké onemocnění, dávkování:
9.	Užíváte nebo jste někdy užíval/a narkotika nebo drogy?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jaké, kdy a jak dlouho?
10.	Jste HIV pozitivní (byl Vám diagnostikován AIDS)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Kdy, způsob léčby:

**IV. Léčíte se nebo jste se v posledních sedmi letech léčil/a s chorobami nebo potížemi souvisejícími s:**  
(Zaškrtněte pravdivě odpověď; v případě, že zvolíte možnost ANO, je nezbytné uvést další detaily – podtrhnout zdravotní problém, kterého se odpověď týká, a doplnit přesnou diagnózu či výsledek a rok vyšetření.)

1. dýchacím systémem (astma, chronická bronchitida, zápal plic, plicní tuberkulóza aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jak dlouho, způsob léčby:
2. srdcem a cévním systémem (vysoký krevní tlak, infarkt, vrozená srdeční vada, srdeční selhání, stavy bušení srdce, cévní mozková příhoda, zánět žil, křečové žíly aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	U vysokého krevního tlaku uveďte aktuální hodnotu a datum měření:
3. nervovým systémem (epilepsie, závratě, obrna, roztroušená skleróza, postižení nervů, bolesti zad a pohybového aparátu aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jak dlouho, způsob léčby:
4. psychickými potížemi (únavový syndrom, deprese, neuróza, pokus o sebevraždu, poruchy chování aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jak dlouho, způsob léčby:
5. zažívacím systémem (brániční kýla, žaludeční, dvanácterníkový vřed, jiné žaludeční nebo střevní problémy, např. záněty, krvácení, hemoroidy, choroby jaterní, nemoci žlučníku, slinivky břišní aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jak dlouho, způsob léčby:
6. močopohlavním systémem (choroby ledvin, močových cest nebo měchýře, prostaty, močové kameny, krev nebo bílkoviny v moči, gynekologické potíže aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jak dlouho, způsob léčby:
7. imunitním systémem a infekčními chorobami (pohlavně přenosná onemocnění, infekční žloutenka, tropické nemoci, borelióza aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Druh a typ nemoci, rok diagnózy:
8. kožními chorobami (ekzémy, alergie, lupénka, rakovina kůže)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Druh nemoci, způsob léčby:
9. chorobami krve a metabolismu a jinými hormonálními poruchami? a) cukrovka b) cholesterol c) onemocnění štítné žlázy d) poruchy krvetvorby, srážlivosti e) dna, chudokrevnost	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	a) Jaký typ, jak dlouho: b) Hodnota, datum měření: c) Hyperfunkce, nebo hypofunkce: d) Uveďte konkrétní diagnózu: e) Druh nemoci:
10. zrakem nebo sluchem (krátkozrakost, dalekozrakost, snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, vady sluchu aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Název onemocnění, vlevo x vpravo: Dioptrie:
11. svalovým a kosterním systémem (kosti, klouby, páteř, svaly, vazy, meziobratlové ploténky, šlachy, záda, šije, ramena, záněty kloubů, revmatismus aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Kdy, důvod, následky, lokalizace:
12. Vyskytla se u Vás v posledních sedmi letech zhoubná onemocnění?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jaká, kdy a kdy byla ukončena léčba?
13. Měl/a jste v posledních sedmi letech onemocnění prsu?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jaké, kdy:

**V. Ostatní zdravotní dotazy**

1. Máte jiné zdravotní problémy?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jaké:
2. Onemocněli Vaši rodiče nebo sourozenci před 60. rokem věku některou z těchto chorob: srdeční nebo oběhová choroba, cévní mozková příhoda, infarkt myokardu, nádorové onemocnění, ledvinové onemocnění, cukrovka, vysoký krevní tlak, zvýšený cholesterol, duševní nemoci, roztroušená skleróza, popř. jiná dědičná onemocnění?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Uveďte chorobu, příbuzenský vztah a věk v době onemocnění (případně věk v době úmrtí):

**Doplnění výše uvedených odpovědí:**

Jsem si vědom/a toho, že na základě mých odpovědí na otázky v dotazníku provede Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, ocenění přejímaného rizika a rozhodne o jeho přijetí. Prohlašuji, že jsem na všechny uvedené dotazy odpověděl/a pravdivě a úplně.  
Souhlasím s tím, aby pojistitel zpracovával mé citlivé osobní údaje týkající se mého zdravotního stavu. Rozsah tohoto zpracování a další informace k tomuto zpracování jsou uvedeny ve Všeobecných pojistných podmínkách.  
Souhlasím, aby pojistitel předával mé osobní údaje členům pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group a Finanční skupiny České spořitelny, a.s., (dále jen „spřízněné osoby“) a dále souhlasím, aby pojistitel i spřízněné osoby používali mé osobní údaje, včetně kontaktů pro elektronickou komunikaci, za účelem zasílání svých obchodních a reklamních sdělení a nabídky služeb.  
Zmocňuji pojistitele, aby zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu; toto zmocnění platí i po mé smrti.  
V souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zprošťuji příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.

Datum

Podpis pojištěného