



0000000000Z0016

## Lékařská prohlídka

**Z0016**

Vyhotovenou lékařskou prohlídku k nabídce na uzavření pojistné smlouvy, resp. k pojistné smlouvě, případně k žádosti o změnu do pojistné smlouvy předejte přímo pojištěnému nebo zašlete na adresu provozovatele zdravotnického zařízení:

P.O.BOX: MUDr. Zuzana Grofová – provozovatel zdravotnického zařízení, P.O.Box B-30, Česká pošta, s.p., Na Hrádku 105, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice. Za provedené výkony pojišťovna uhradí, včetně poštovního, **max. 1 000 Kč**. Pokud budou náklady na provedené úkony vyšší, vše nad částku 1 000 Kč Vám uhradí klient.

Číslo pojistné smlouvy/nabídky

V případě žádosti o přistoupení ke skupinovému pojištění hypotečních úvěrů České spořitelny, a.s., a k úvěrům Stavební spořitelny České spořitelny, a.s.:

typ úvěru ..... výše úvěru ..... doba splácení úvěru .....

<b>ŽADATEL</b>	
Příjmení, jméno _____	Rodné číslo <input type="text"/>
Adresa _____ Nynější povolání _____	
Opravňuji lékaře k poskytnutí informací o mém zdravotním stavu a doplnění níže uvedených dotazů a souhlasím s tím, aby údaje o mém zdravotním stavu byly použity při zdravotním zkoumání před uzavřením pojistné smlouvy, při změně rozsahu pojištění a při šetření pojistných událostí.	
Datum _____ Podpis žadatele _____	
HIV test požadován	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
EKG (popis křivky a datum vyšetření, které nesmí být starší než 3 měsíce):	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO

<b>VYPLŇTE, PROSÍM, VŠECHNY POŽADOVANÉ DOTAZY VČETNĚ AKTUÁLNÍ LABORATOŘE A POPISU KŘIVKY EKG</b>		Udejte detaily
1.	a) Datum prohlídky:	
	b) Už jste někdy vyšetřoval/a nebo léčil/a žadatele? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Kdy a proč?
	c) Je žadatel Váš příbuzný? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
2.	a) Výška, váha:	cm                      kg
	b) Vypadá žadatel zdravě a odpovídá jeho vzhled uvedenému věku? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
3.	Kůže	
	a) Patrné známky kožních chorob (vyrážka, otoky, vředy atd.): <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	b) Jizvy, suspektní mateřská znaménka: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
4.	Hlava, krk	
	Patologický nález na hlavě a krku: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
5.	Respirační orgány	Odkdy, příčina:
	a) Chrapot nebo kašel: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	b) Abnormality ve tvaru či zakřivení hrudního koše: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	c) Abnormální výsledky poklepu nebo poslechu: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	d) Další známky onemocnění respiračních orgánů: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
6.	Kardiovaskulární systém	
	a) Abnormální srdeční ozvy (intenzita, rozsah): <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	b) Srdeční šelest: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	c) Tlak, puls:	Tepy/min.:              Tlak:              mmHg
	Prosím opakujte, pokud je výsledek nad 140/90 mmHg.	Druhé měření:
	d) Je puls nepravidelný? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	e) Je puls na dolních končetinách hmatný? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	f) Jsou slyšitelné cévní šelesty? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	g) Známky srdeční nedostatečnosti nebo dekompenzace: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	

	h) Křečové žíly: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Rozsah, vředy, jizvy
7.	Břicho, gastrointestinální systém	
	a) Abnormální výsledky poklepu nebo pohmatu břicha: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	b) Další onemocnění gastrointestinálního traktu: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	c) Je přítomna kýla? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
8.	Urogenitální systém	
	a) Žadatelé muži: Podezření na onemocnění urogenitálních orgánů: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	b) Žadatelky ženy: Podezření na onemocnění urogenitálních orgánů nebo patologický nález prsů: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
9.	Nervový systém, smyslové orgány	
	a) Onemocnění smyslových orgánů, zvláště zhoršený zrak nebo sluch: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	b) Patologie v nervových reflexech a jevech: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	c) Jiná onemocnění nervového systému: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
10.	Svalový a kosterní systém	
	a) Přítomnost deformací: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	b) Onemocnění zad a páteře: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	c) Onemocnění svalů, kostí, kloubů: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
11.	Různé	
	a) Zvětšené lymfatické uzliny: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	b) Patologický nález štítné žlázy: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	c) Hormonální poruchy (nadledvinky, GT, pohlavní žlázy): <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	d) Shledal/a jste jiné patologické nálezy? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	e) Jsou u žadatele patrné známky duševní poruchy? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
12.	Laboratoř ( <b>vždy číselně vypište aktuální hodnotu a datum odběru, které nesmí být starší než 3 měsíce</b> )	
	a) moč	
	bílkoviny: cukr: sediment:	
	b) krev	
	cholesterol (+HDL): kreatinin: AST:	
	triglyceridy: urea: ALT:	
	glykémie: GGT (GMT): Bil:	
	c) krevní obraz	
	ERY: TROMBO: HEMOGLOBIN:	
	LEUKO: HEMATOKRIT:	
13.	a) Máte podezření na nikotinismus, alkoholismus, nadměrné užívání léků nebo toxikomanii? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	b) Může mít zaměstnání nebo životní styl žadatele špatný vliv na jeho zdravotní stav? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	c) Obáváte se jiných rizikových faktorů? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	d) Vyžaduje zdravotní stav žadatele další odborná vyšetření? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
14.	Celkový nález:	

**Prohlašuji, že jsem žadatele vyšetřil/a a pravdivě zodpověděl/a výše uvedené otázky.**

Místo, datum:

Razítko, podpis lékaře: