

CÂU HỎI LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH TIỂU ĐƯỜNG

(Người yêu cầu bảo hiểm điền thông tin bên dưới)

Họ và tên: _____

Ngày (ngày/tháng/năm): _____

Câu hỏi này sẽ là một phần của Đơn yêu cầu bảo hiểm.

Nếu bất cứ câu trả lời nào là “Có” thì vui lòng cung cấp đầy đủ chi tiết bao gồm ngày và tên bác sĩ điều trị và nơi điều trị nếu có.

1. Vui lòng cho biết lần đầu tiên anh/chị được chẩn đoán có bệnh tiểu đường là khi nào _____

Loại tiểu đường? Loại 1 Loại 2 Không chắc

(a) Anh/Chị có đang được theo dõi thường xuyên về bệnh tiểu đường?

Không Có – vui lòng cho biết tên và địa chỉ bác sĩ _____

(b) Anh/Chị có thường xuyên đi khám bác sĩ không? _____

Lần khám gần đây nhất là khi nào? _____

2. Điều trị:

a) Anh/Chị có đang trong chế độ ăn kiêng phù hợp?

Không Có – vui lòng cho biết chi tiết _____

b) Anh/Chị có tập thể dục thường xuyên?

Không Có – mức độ thường xuyên _____

c) Anh/Chị có đang dùng thuốc?

Không Có – vui lòng cho biết chi tiết _____

d) Anh/Chị có dùng insulin?

Không Có – vui lòng cho biết chi tiết _____

3. Anh/Chị có thay đổi việc điều trị trong vòng 5 năm qua không?

Không Có – vui lòng cho biết lí do và chi tiết _____

4. Anh/Chị có thử đường máu tại nhà không?

Không

Có – vui lòng cho biết ngày và kết quả 3 lần thử đường máu gần đây nhất _____

5. Anh/Chị đã có bao giờ bị một trong những bệnh dưới đây chưa?

Hôn mê do tiểu đường Không Có Vấn đề về mắt Không Có

Sốc insulin Không Có Cao huyết áp Không Có

Bệnh tim Không Có Đau hoặc chấy chân và tay Không Có

Bệnh thận Không Có Giới hạn sự tuần hoàn ở các chi dưới Không Có

Nhiễm trùng, ví dụ nốt và áp xe Không Có Cắt chi Không Có

Protein trong nước tiểu Không Có Bất kì biến chứng khác Không Có

Nếu câu trả lời “Có”, vui lòng cho biết ngày, tên và địa chỉ của bác sĩ: _____

6. Anh/Chị đã có bao giờ nhập viện?

Không Có – vui lòng cho biết chi tiết _____

7. Anh/Chị đã bao giờ làm các xét nghiệm sau đây chưa? Điện tâm đồ; X quang ngực; đo lipid; HbA1c

Không Có – vui lòng cho biết ngày và kết quả xét nghiệm nếu có _____

Tôi cam kết những câu trả lời bên trên trong phạm vi hiểu biết của tôi là đúng sự thật và tôi không che giấu bất cứ thông tin gì có thể ảnh hưởng đến việc xem xét chấp nhận đơn yêu cầu bảo hiểm. Tôi đồng ý tờ đơn này sẽ là một phần trong đơn yêu cầu bảo hiểm sức khỏe và hợp đồng có thể bị mất hiệu lực nếu bất cứ thông tin nào mà tôi biết nhưng không được khai ở trên.

Kí tên: _____ Ngày (ngày/ tháng/ năm): _____