

## 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): \_\_\_\_\_