

BẢNG CÂU HỎI TỔNG QUÁT

NẾU QUÝ KHÁCH TRẢ LỜI “CÓ” CHO BẤT KỲ CÂU HỎI 2, 3, 4 NÀO TRONG PHẦN C Ở GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE, VUI LÒNG CUNG CẤP NHỮNG THÔNG TIN CHI TIẾT SAU:

Câu số: _____

1. Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên (hoặc ngày xảy ra tai nạn/chấn thương) (ngày/tháng/năm): _____

2. (Những) phần nào của cơ thể bị ảnh hưởng (nêu rõ vị trí trái/phải): _____

3. Nguyên nhân của bệnh (hoặc loại tai nạn/chấn thương): _____

4. Chẩn đoán chính xác của bác sĩ: _____

5. Điều trị:

☐ Thuốc. Vui lòng cung cấp tên thuốc và liều dùng: _____

☐ Các kiểm tra y tế/Xét nghiệm cận lâm sàng. Vui lòng cung cấp tên và kết quả: _____

☐ Phẫu thuật. Vui lòng nêu chi tiết (khi nào, số lần và hình thức phẫu thuật): _____

☐ Đinh/Các vật liệu được gắn vào cơ thể ☐ Không ☐ Có, khi nào được lấy ra (ngày/tháng/năm) _____

☐ Khác. Vui lòng nêu chi tiết: _____

6. Tần suất các đợt bệnh tấn công/tái phát trong 12 tháng vừa qua (dành cho bệnh): _____

7. Ngày thăm khám cuối cùng (ngày/tháng/năm): _____

8. Tình trạng hiện tại:

☐ Phục hồi hoàn toàn.

☐ Chưa phục hồi hoàn toàn. Vui lòng cho biết thông tin chi tiết, thông tin điều trị hiện tại và kế hoạch điều trị tiếp theo: _____

9. Tên và địa chỉ của bác sĩ điều trị/phòng khám/bệnh viện: _____

10. (*) Dành cho vấn đề Cao huyết áp, Rối loạn mỡ máu, Đường huyết bất thường, vui lòng cung cấp các chỉ số sau:

Huyết áp: Cao nhất: _____ Ba tháng gần nhất: _____

Bộ mỡ: Cholesterol: _____ HDL: _____ LDL: _____ Triglycerides: _____

Đường huyết đói: _____ HbA1c: _____

11. Xin vui lòng cung cấp thêm bất kỳ thông tin nào (nếu có) chưa được đề cập ở trên. _____

12. Vui lòng cung cấp các hồ sơ y tế có liên quan (nếu có).

Nếu khoảng trống không đủ ghi, vui lòng sử dụng trang trắng khác của Bảng câu hỏi tổng quát

Chữ ký Người được Bảo hiểm: _____

Tên Người được Bảo hiểm: _____ Ngày (ngày/tháng/năm): _____

(**) Trường hợp Người được Bảo hiểm gửi thông tin “Bảng câu hỏi tổng quát” này bằng email đã được đăng ký trong Giấy yêu cầu bảo hiểm của Người được Bảo hiểm thì có thể bỏ qua thông tin “Chữ ký Người được Bảo hiểm”; thông tin “Tên Người được Bảo hiểm” và “Ngày” vẫn cần được cung cấp đầy đủ.

Lầu 6 | Tòa nhà VNPT | 1487 Nguyễn Văn Linh | Phường Tân Hưng | Tp. HCM | Việt Nam Điện
thoai: (+84 28) 7306 9669 | Email: inquiry@pacificcross.com.vn