

CÂU HỎI LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH TIỂU ĐƯỜNG

(Bác sĩ điền đầy đủ thông tin bên dưới)

Tên và họ: _____

Ngày (ngày/tháng/năm): _____

Câu hỏi này là một phần của Đơn Yêu Cầu bảo hiểm

1. Vui lòng cho biết ngày đầu tiên bệnh tiểu đường được phát hiện:

(a) Người yêu cầu bảo hiểm đã được điều trị với Bác sĩ bao lâu? _____

(b) Bác sĩ có biết được Người yêu cầu bảo hiểm đã có bất kỳ việc điều trị nào trước đây chưa? _____

(c) Người yêu cầu bảo hiểm có được theo dõi sức khỏe thường xuyên?

☐ Không ☐ Có

(d) Phương pháp điều trị có hiệu quả đối với sức khỏe của Người yêu cầu bảo hiểm không?

2. Vui lòng cho biết ngày khám bệnh gần đây nhất _____

3. Người yêu cầu bảo hiểm đã được điều trị bằng phương pháp nào cho bệnh tiểu đường?

a) Lời khuyên về chế độ ăn kiêng

b) Tập thể dục thường xuyên

☐ Không ☐ Có - vui lòng cho biết chi tiết _____

c) Thuốc uống

☐ Không

☐ Có - vui lòng cho biết tên thuốc và liều dùng _____

d) Insulin

☐ Không

☐ Có - vui lòng cho biết tên/loại thuốc và liều dùng hàng ngày _____

4. Người yêu cầu bảo hiểm có đo lượng đường trong máu tại nhà bằng đường kế không?

☐ Không

☐ Có - lượng đường trong máu trung bình là bao nhiêu? _____

5. Người yêu cầu bảo hiểm có bao giờ bị hôn mê do tiểu đường gây ra chưa?

☐ Không

☐ Có - hôn mê do giảm đường huyết hoặc do toan xê-tôn; và tần số và lần hôn mê gần nhất là khi nào?

6. Đã xuất hiện bất kỳ biến chứng nào sau đây của bệnh tiểu đường chưa? Thiếu máu cục bộ ở tim, bệnh thận, bệnh thần kinh, bệnh mạch máu ngoại biên, bệnh võng mạc.

☐ Không ☐ Có - vui lòng cho biết chi tiết _____

7. Huyết áp luôn dưới mức 125/80?

☐ Đúng

☐ Không - vui lòng cho biết huyết áp gần đây nhất và ngày đo _____

8. Người yêu cầu bảo hiểm đã có bao giờ đo điện tim, X quang ngực, đo nồng độ lipid, HbA1c, vi đạm niệu?

☐ Không ☐ Có

Ghi chú: Nếu có thể, vui lòng gửi mẫu đơn và bản gốc của ECG, báo cáo x-quang và kết quả xét nghiệm cho **Pacific Cross Việt Nam**. Những bản báo cáo đó sẽ được gửi trả lại ngay sau khi xem xét.

Vui lòng cung cấp kết quả mới nhất thử nước tiểu bằng que để kiểm tra sự có mặt của vi đạm niệu:

9. Bác sĩ đã bao giờ hỏi ý kiến bác sĩ khác về tình trạng bệnh của Người yêu cầu bảo hiểm này chưa?

☐ Không ☐ Có - vui lòng cho biết chi tiết _____

Kí tên: _____

Ngày (ngày/ tháng/ năm): _____