

CÂU HỎI VỀ VIỆC ĐAU NGỰC

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

Họ và tên: _____

Ngày: _____

Câu hỏi này 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. Anh/Chị có bao giờ bị đau ngực hay cảm thấy khó chịu?

- ☐ Không
- ☐ Có – vui lòng chỉ vị trí và hướng lan tỏa ở hình bên dưới. Dùng kí hiệu (x) để cho thấy khu vực bị ảnh hưởng và mũi tên (→) để chỉ hướng; ví dụ như quai hàm hoặc cánh tay



a) Tính chất của cơn đau và sự khó chịu

- ☐ nhói ☐ đau nhức ☐ bỏng rát ☐ bị đâm ☐ như dao đâm
- ☐ khác _____

b) Cơn đau xuất hiện lần đầu tiên là khi nào? _____

c) Bao lâu thì những cơn đau thường xảy ra? _____

d) Cơn đau xuất hiện gần đây nhất mà là khi nào? _____

2. Cơn đau xuất hiện trung bình trong bao lâu? _____

i. Cơn đau chỉ xuất hiện khi cố gắng ráng sức?

- ☐ Không
- ☐ Có – khi anh/chị đã ngừng ráng sức ☐ Không ☐ Có

ii. Nếu cơn đau xuất hiện khi đang nghỉ ngơi thì cơn đau xảy ra vào lúc mấy giờ? _____

iii. Anh/Chị đã có bao giờ điều trị theo một trong những cách dưới đây?

- ☐ Trinitrates (ngậm dưới lưỡi)
- ☐ Giảm bớt sự đông máu (ví dụ: warfarin, aspirin)
- ☐ Bất kì loại thuốc khác cho tim?

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

iv. Có bất kì loại thuốc khác được kê toa cho anh/chị?

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

3. Điện tâm đồ và x quang ngực có được thực hiện khi việc đau ngực xảy ra không? ☐ Có ☐ Không

Nếu “Có”, vui lòng cho biết ngày và kết quả

i. Điện tâm đồ

☐ Không ☐ Có – vui lòng cho biết ngày và kết quả _____

ii. X quang ngực

☐ Không ☐ Có – vui lòng cho biết ngày và kết quả _____

4. Vui lòng cho biết thông tin khác có liên quan bao gồm tên và địa chỉ của bác sĩ đã tư vấn và điều trị

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): _____