

CUKRZYCA	<p>..... nazwisko, imię PESEL</p>	
Kto jest Pana/Pani lekarzem prowadzącym (lekarzem rodzinnym)?	<p>..... nazwisko, imię / nazwa poradni/ Ulica, nr domu, nr mieszkania Kod pocztowy miejscowość</p>	
Czy jest Pan/Pani pod opieką specjalisty diabetologa ?	<p>..... nazwisko, imię / nazwa poradni/ Ulica, nr domu, nr mieszkania Kod pocztowy miejscowość</p>	
Jaki rodzaj cukrzycy rozpoznano u Pana/Pani?	<p><input type="checkbox"/> Cukrzyca insulinozależna (dawniej młodzieńcza lub typ I) <input type="checkbox"/> Cukrzyca insulinoniezależna (dawniej dorosłych lub typ II) <input type="checkbox"/> Cukrzyca wtórna (wywołana uszkodzeniem mechanicznym trzustki lub jakimiś innymi chorobami) <input type="checkbox"/> Cukrzyca ciężarnych (występująca w czasie ciąży) <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa tolerancja glukozy (podwyższone cukry)</p>	
Kiedy cukrzyca wystąpiła po raz pierwszy ? Proszę podać pierwsze objawy:	<p>.....</p>	
W jaki sposób cukrzyca jest leczona ?	<p><input type="checkbox"/> Dieta</p> <p><input type="checkbox"/> Tabletki Jakie? Ile dziennie ?</p> <p><input type="checkbox"/> Insulina Jaką? – proszę podać nazwę Ile jednostek. dziennie ? Ile iniekcji dziennie?</p> <p><input type="checkbox"/> Inne formy leczenia Jakie? (np. pompa insulinowa)</p>	
Proszę podać ostatni wynik badania poziomu cukru we krwi na czczo (glikemia), wartość HbA1 lub HbA1 c?	<p>Poziom cukru we krwi na czczo</p> <p>Kiedy mierzono?</p> <p>HbA1 lub HbA1 c</p> <p>Kiedy mierzono?</p>	
Jak często mierzony jest Panu/Pani poziom cukru (glikemia)?	<p>.....</p>	
Czy dzięki leczeniu udaje się uniknąć pojawiania się cukru w moczu ?	Nie Tak*	<p>..... Ostatnia zawartość cukru w moczu?</p>
Czy jako skutek cukrzycy występują inne schorzenia , w szczególności:	Nie Tak*	<p>..... Proszę wymienić typowe objawy tych schorzeń</p>
▪ oczu (retinopatia)	Nie Tak*	.....
▪ serca, czy naczyń krwionośnych	Nie Tak*	.....
▪ nerek (np. białkomocz)	Nie Tak*	.....

* odpowiednie zakreśl



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie
Spółka Akcyjna
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
tel.(0-42) 63 44 700, fax (0-42) 636 50 23
Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi
KRS 0000005751

Ankieta
Medyczna

▪ nerwów (np. neuropatia cukrzycowa)	Nie Tak*	..... .....
▪ Czy są leczone?	Nie Tak*	..... Proszę podać u kogo
Jakie ma Pan/Pani tętnicze ciśnienie krwi?	...../..... skurczowe / rozkurczowe Data	
Czy był Pan/Pani już kiedyś w szpitalu w związku z cukrzycą?	Nie Tak*	..... od kiedy do kiedy? w? z jakiego powodu- rozpoznanie
Czy pił lub pije Pan/Pani napoje alkoholowe ?	Nie Tak*	..... Jakie? Dzienna ilość?
Czy pali Pan/Pani papierosy ?	Nie Tak*	..... szt. Dzienna ilość?
Jaki jest Pana/Pani wzrost i masa ciała ?	wzrost: .....cm masa ciała .....kg	
Czy w ostatnim czasie Pan/Pani przytył/a lub zeschupiał/a ?	Nie Tak*	wzrost wagi: .....kg spadek wagi: .....kg Kiedy?
Czy istnieje lub istniało jakieś ograniczenie lub utrudnienie w zdolności do wykonywania pracy przez Pana/Panią ?	Nie Tak*	..... Stopień inwalidztwa Wymiar z jakiego powodu?
Czy kiedykolwiek był Pan/Pani niezdolny do wykonywania pracy lub zawodu dłużej niż 4 tygodnie?	Nie Tak*	..... od kiedy do kiedy? Z jakiego powodu?

Prosimy o dołączenie kopii kart wypisu ze szpitala, sanatorium, ewentualnie ostatnich wyników badań, będących w posiadaniu Ubezpieczonego.

Naruszenie obowiązku zgłoszenia prawidłowych danych

Oświadczam, że udzieliłam(łem) odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie medycznej w sposób wyczerpujący zgodnie z prawdą i moją wiedzą. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że świadome podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować jej nieważnością.

.....
miejsowość, dnia

.....
Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

* odpowiednie zakreśl