



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

<b>CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA</b>	..... nazwisko, imię		PESEL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>										
Czy był/była lub jest Pan/Pani <b>pod opieką lekarską</b> z powodu schorzeń serca lub układu krążenia?	Nie Tak*	..... od kiedy - do kiedy? ..... Pod opieką?											
Jakie schorzenia <b>serca lub układu krążenia</b> (np. podwyższone ciśnienie krwi, zaburzenia dopływu krwi, stenokardia, choroba wieńcowa, zawał serca, zaburzenia rytmu serca, itp.) stwierdził u Pana/Pani lekarz?	..... ..... ..... ..... ..... Jakie, kiedy po raz pierwszy ?												
Kto jest Pana/Pani <b>lekarzem prowadzącym</b> (lekarzem rodzinnym)?	..... nazwisko, imię/nazwa placówki medycznej/ ..... Ulica, nr domu, nr mieszkania ..... Kod pocztowy miejscowość												
Czy jest Pan/Pani pod opieką <b>lekarza specjalisty</b> ?	..... nazwisko, imię ..... Ulica, nr domu, nr mieszkania ..... Kod pocztowy miejscowość												
Czy wymienione <b>schorzenie/a powoduje/ą u Pana/Pani dolegliwości</b> ?	Nie Tak*	..... od kiedy do kiedy? które ..... Jakie?											
Czy może Pan/Pani podać <b>wynik</b> ostatnio przeprowadzonego badania <b>tętniczego ciśnienia krwi</b> ?	Nie Tak*	..... / ..... skurczowe / rozkurczowe Data											
Czy był Pan/Pani z powodu powyższych schorzeń leczony <b>w szpitalu</b> ?	Nie Tak	..... od kiedy do kiedy? ..... w? rozpoznanie											
Czy był Pan/Pani w <b>sanatorium</b> albo w <b>centrum rehabilitacyjnym</b> ?	Nie Tak*	..... od kiedy do kiedy? ..... w? rozpoznanie											
Czy wykonywano u Pan/Pani elektrokardiogram (EKG) albo EKG wysiłkowe?	Nie Tak*	..... .....											
Czy przeprowadzono <b>inne badania</b> , takie jak np. rentgen, badania laboratoryjne, itp?	Nie Tak*	..... Kiedy? Gdzie? Jaki? Wyniki?											
Czy przyjmował Pan/Pani lub przyjmuje <b>lekarstwa</b> związane w.w. schorzeniem/ami?	Nie Tak*	..... od kiedy -do kiedy? ..... Jakie?											

\* odpowiednie zakreśl

