



שאלון על מחלת אסתמה (ASTHMA) והפרעות נשימה אחרות

שם: _____ ת.ז.: _____
כתובת: _____ תאריך לידה: _____

1. האם הינך סובל מאסתמה או מהפרעות נשימתיות אחרות? (ברונכיטיס, כרונית, שחפת וכו')

2. באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון?
תאריך ההתקף האחרון?

3. כמה התקפים היו לך במשך 12 החודשים האחרונים?

4. מהו משך זמן ההתקפים החריפים?

5. האם גורמים ההתקפים להפסקת עבודתך? אם כן, למשך כמה זמן?

6. מהו הטיפול בהתקפים אלה? (נא לפרט ולציין סוג התרופות)

7. האם קבלת או הנך מקבל טיפול בקורטיזון (פרדניזון)?

8. האם הנך מקבל טיפול מונע בין ההתקפים?

9. שם הרופא המטפל או רופא מומחה אחר (או מוסד למניעת מחלת ריאות) וכתובת מדוייקת

10. תאריך הטיפול האחרון שקבלת אצל הרופא הנ"ל

11. האם אושפזת עקב מחלתך זו בבית החולים? (נא לפרט)

12. האם נשימתך בין ההתקפים, מלווה בקולות שריקה?

13. האם יש לך קוצר נשימה בהליכה?

14. האם אתה יורק ליחה?

15. מהי לדעתך הסיבה להתקפים שלך?

16. האם נעשו לך בדיקות תפקודי ריאות, ומהן תוצאותיהן?

אני אשר את חיינו יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים. ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות, או במקרה והעלמתי דבר, כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.

חתימת המועמד לביטוח

תאריך

מק"ט :

קוד סריקה : 118