

**SİGORTALI ADAYININ EK SAĞLIK BEYAN FORMU**

Sayın Sigortalımız,  
Şirketimize sigortalı olabilmeniz için aşağıdaki soruları cevaplandırmanızı rica ederiz.

Adınız Soyadınız

Aşağıda belirtilen hastalıklardan herhangi birini ya da birkaçını geçirdiyseniz, ilgili bölümlere hastalığınızın adını, hastalığı ne zaman geçirdiğinizi, uygulanan tedaviyi ve bu hastalık ile ilgili ameliyat geçirdiyseniz tarihini lütfen belirtiniz.

**HASTALIĞINIZIN ADI****TEDAVİ  
(İLAÇ / AMELİYAT)****TARİH**

Doğuştan Hastalık, Sakatlık, Hastalık Sonucu Organ Kaybı			
Kalp-Damar Hastalıkları, Hipertansiyon			
Astım, Tüberküloz (Verem) Diğer Solunum Sistemleri Hastalıkları			
Hepatit, Diğer Karaciğer Hastalıkları, Ülser, Mide Kanaması, Hemoroid			
Böbrek Yetmezliği, Böbrek ve İdrar Yolu Enfeksiyonu, Böbrek Taşı ve Kum Dökme			
Kanser ve Kan Hastalıkları			
Epilepsi (Sara), Felç, Bel ve Boyun Fıtığı veya Diğer Nörolojik ve Psikiyatrik Hastalıklar			
Şeker Hastalığı, Guatr veya Diğer Endokrin Hastalıklar			
Kadın Hastalıkları			
Prostat ve Testis Hastalıkları			
Yukarıdakiler dışında herhangi bir hastalık, ameliyat, biopsi veya kaza geçirdiyseniz açıklayınız.			

Anne, Baba ve Kardeşlerde aşağıda belirtilen hastalıklar var mı ? Varsa Lütfen Belirtiniz.

Şeker, Kalp Hastalığı, Hipertansiyon, Kanser, Böbrek Hastalığı, Hemofili			
Sara ( Epilepsi ), Astım, Psikiyatrik Bozukluk			

Yukarıda verdiğim cevapların tamamen doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.

Tarih : ...../...../.....

İmza :

FR.0420.23

Revizyon No/Tarih: 05-23/01/2003

İlk Yayın Tarihi: 14/03/1997

Sayfa No: 1/2

Sayın İç Hastalıkları Uzmanı,

Muayene edeceğiniz kişinin bildirdiği kimliğini, resimli bir kimlik kartından kontrol etmenizi ve muayene bulgularınızı ayrıntılı olarak yazmanızı rica ederiz. Katkılarınızdan dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

Muayene ettiğiniz kişinin Adı Soyadı

Yaş :	Boy :	Kilo :	Tansiyon :
-------	-------	--------	------------

Baş ve Boyun ( Ameliyat izi, Lenf Adenopeti, Guatr, Görme Bozukluğu, Katarakt v.s. )

Torax (Ameliyat İzi, Meme'de Kitle, Kalp ve Solunum Sesleri, Lenf Adenopeti v.s. )

Batın (Ameliyat İzi, Herni Araştırılması, Hemoroid v.s. )

Ekstremiteler (Nabazanlar, Varis, Eklem Deformesi v.s. )

Kaba Nörolojik Muayene (Geçirilmiş Felç ve Parkinsonizm bulgusu v.s. )

TETKİKLER (Sonuçlar Form ile birlikte gönderilecektir.)

1. Tam Kan Tahlili
2. Kan Şekeri - Üre
3. Tam İdrar Tahlili
4. Akciğer Grafisi
5. Tüm Batın USG
6. Eforlu EKG
7. Sedimentasyon Hızı
8. Hepatit Markerları
9. Karaciğer Enzimleri
10. HIV testi

(Gerekli gördüğünüz başka tetkik veya muayeneler varsa, lütfen belirtiniz.):

MUAYENE EDEN DOKTORUN	
Adı Soyadı	:
Diploma-İhtisas No'su	:
Adresi	:
Telefonu	:
Kaşe ve İmzası	:
Tarih	: