

Ιατρική εξέταση		Όνομα αιτητή
Παρακαλώ αναφέρετε όλα τα παθολογικά ή ασυνήθη ευρήματα.		
Παρακαλώ σημειώστε τις σχετικές απαντήσεις	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	Δώστε όλες τις πληροφορίες
1. α. Ημερομηνία εξέτασης	→	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
β. Γνωρίζετε προσωπικά το άτομο που πρόκειται να ασφαλιστεί;	→	<input type="checkbox"/> Τον γνωρίζω προσωπικά <input type="checkbox"/> Η Ταυτότητα έχει ελεγχθεί βάσει: __ Διαβατήριο __ Ταυτότητα __ Άδεια οδήγησης
γ. Έχετε ποτέ εξετάσει ή περιθάλψει τον αιτούμενο;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	Πότε; Γιατί;
δ. Σχετίζετε με οποιονδήποτε τρόπο με τον αιτούμενο;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
2. Ύψος (χωρίς παπούτσια) / Βάρος (χωρίς ρούχα). Αν υπέρβαρος	→ →	_____ cm ____ kg Κοιλιακή περιμέτρος: ____ cm Μέτρηση περιφέρειας: ____ cm
3. Δέρμα	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	Τι;
α) Υπάρχουν ενδείξεις για ασθένεια δέρματος (π.χ. εξανθήματα, έλκη, οιδήματα, κ.α.);	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	Πού;
β) Υπάρχουν σημάδια, ύποπτη σπίλοι;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	Τι; Πού;
4. Αναπνευστικά Όργανα	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	Απο πότε;
α) Υπάρχει κάποια βραχνάδα ή βήχας;;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	Αιτία;
β) Υπάρχει κάποια ανωμαλία στο σχήμα και στην καμπυλότητα του θωρακικού κλωβού;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
γ) τα αποτελέσματα των κρουστών και ακρόασης είναι ασυνήθη;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
δ) υπάρχουν οποιαδήποτε άλλα συμπτώματα της νόσου των αναπνευστικών οργάνων;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
5. Καρδιά και κυκλοφορία αίματος	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
α) Είναι οι κτύποι της καρδιάς ασυνήθη;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
β) Η καρδιά ακούγεται ασυνήθη (ένταση, διακεκομμένη);	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
γ) Υπάρχει καρδιακό φύσημα εκεί;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
Εάν ναι:		
Συστολική;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
Διαστολική;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
Το σημείο της μέγιστης έντασης και μετάδοσης;	→	
Είναι το φύσημα καρδιάς οργανικό;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
Υπογραφή από τον Ιατρικό Εξεταστή	→	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>

Όνομα αιτητή		
Παρακαλώ σημειώστε τις σχετικές απαντήσεις	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	Δώστε όλες τις πληροφορίες
δ) Η πίεση του αίματος, των καρδιακών παλμών Παρακαλώ επαναλάβετε το αν το αποτέλεσμα είναι πάνω από 140/90 mmHg	→	Παλμοί το λεπτό: <input type="text"/> Η πίεση του αίματος σε mmHg Συστολική: <input type="text"/> Διαστολική: <input type="text"/> 2η μέτρηση Συστολική: <input type="text"/> Διαστολική: <input type="text"/>
ε) Έχει ακανόνιστο παλμό;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	
στ) Είναι οι παλμοί των πεντάλ αρτηριών ανύπαρκτοι ή μειωμένοι;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	Σε διμερές επίπεδο;
ζ) Υπάρχουν έντονοι αγγειακοί ήχοι;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	Πού;
η) Υπάρχουν σημάδια ανεπάρκειας ή ηπατικής (shortness της αναπνοής κυάνωση, οίδημα);	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	
θ) Υπάρχουν κηρώσι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	Σοβαρότητα, έκταση, έλκη, πληγές;
6. Πεπτικά όργανα και κοιλιακή περιοχή	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	
α) Υπάρχουν ανωμαλίες στη γλώσσα, αμυγδαλών, και στους βλεννογόνους του λαιμού;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	
β) Υπάρχουν ανωμαλίες στην εξέταση, ψηλάφηση και στα κρουστά της κοιλιάς (στομάχου, ήπατος, χοληδόχου κύστης, αορτή, σπλήνα και τα έντερα) ;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	
γ) Υπάρχουν σημάδια για ασθένεια του πεπτικού συστήματος;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	
δ) Υπάρχει κήλη;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	
7. Ουρογεννητικά Όργανα		
α) Ανάλυση ούρων:		
Παρουσία λευκωματίνης;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	Εάν ναι, παρακαλούμε να ποσοτικοποιηθεί
Παρουσία ζαχάρου;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναί	Περαιτέρω ευρήματα:
Υπογραφή από τον Ιατρικό Εξεταστή	→	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

Όνομα αιτητή		
Παρακαλώ σημειώστε τις σχετικές απαντήσεις	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	Δώστε όλες τις πληροφορίες
β) Για τους άνδρες αιτητές: Υπάρχει κάποια υποψία για ασθένεια των ουρογεννητικών οργάνων (όρχεις, επιδιδυμίδα, προστάτη);	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
γ) Για τις γυναίκες αιτήτριες: Υπάρχει κάποια υποψία για ασθένεια των ουρογεννητικών οργάνων ή παθολογική ανωμαλία του μαστού;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
8. Νευρικό Σύστημα / Αισθητήρια όργανα α) Υπάρχουν ενδείξεις για ασθένεια των αισθητήριων οργάνων, ειδικά μειωμένη όραση ή ακοή;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
β) Υπάρχουν μη φυσιολογικά αντακλαστικά (δηλαδή της κόρης του οφθαλμού, κοιλιακό, επιγονατιδικό, αχιλλαιο τένοντα, Babinski);	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
γ) Υπάρχουν ενδείξεις για πνευματική/ ψυχικής διαταραχή ή ανωμαλία του νευρικού συστήματος;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
9. Μυοσκελετικό συστήματος α) Υπάρχουν παραμορφώσεις;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
β) Υπάρχουν σημάδια ασθένειας της σπονδυλικής στήλης?	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
γ) Υπάρχουν σημάδια ασθένειας των μυών, οστών και των αρθρώσεων;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
10. Άλλα α) Υπάρχει διόγκωση των λεμφαδένων;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
β) Είναι ο θυρεοειδής αδένας ανώμαλος σε μέγεθος ή στην υφή;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
γ) Υπάρχουν σημάδια ορμονικής διαταραχής (π.χ. επινεφρίδια, γονάδες, θυρεοειδής αδένας);	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
δ) Υπάρχουν άλλα παθολογικά ευρήματα;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
11. α) Υπάρχει υποψία κατάχρησης αλκοόλ, νικοτίνης ή φαρμάκων, ή ναρκωτικών φαρμάκων;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
β) Ενδέχεται το επάγγελμα ή ο τρόπος ζωής του αιτητή να έχουν επιζήμια επίδραση στην υγεία του;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
γ) Γνωρίζετε τυχόν άλλους επιζήμιους παράγοντες στην υγεία του αιτητή;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
δ) Θεωρείται ότι υπάρχει κάποια περαιτέρω δράση η οποία είναι απαραίτητη να γίνει (επανεξέταση, διευκρινίσεις, θεραπεία, αλλαγή στον τρόπο ζωής);	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
Υπογραφή απο τον Ιατρικό Εξεταστή	→	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>

Όνομα αιτητή		
Παρακαλώ σημειώστε τις σχετικές απαντήσεις	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	Δώστε όλες τις πληροφορίες
Σχόλια:		
Σημαντικό: Ο Ιατρικός εξεταστής καλείται να αποφύγει να δώσει στον αιτητή κάθε πληροφορία που θα μπορούσε να επηρεάσει την απόφαση του τμήματος ανάληψης κινδύνου της εταιρείας.		
Επιβεβαιώνω ότι έχω και εξετάσει και ρωτήσει τον αιτητή και έχουν απαντηθεί τα παραπάνω ερωτήματα με το καλύτερο εις γνώση μου και με καλή πίστη.		
Τόπος και Ημερομηνία		Υπογραφή απο τον Ιατρικό Εξεταστή
<input type="text"/>		<input type="text"/>