

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. אם לא יענו באופן מלא וכנה, תוכל להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. חתימתי למטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

9. שאלון מערכת העיכול

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום במערכת העיכול:

<p><input type="checkbox"/> אבנים בדרכי כיס המרה</p> <p><input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> האם הוצא כיס המרה? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> קרון</p> <p><input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך.....</p> <p><input type="checkbox"/> האם הנך מטופל/ת תרופתית? לא <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> כן, יש לציין את סוג הטיפול</p> <p><input type="checkbox"/> סטרואידים</p> <p><input type="checkbox"/> אחר.....</p> <p><input type="checkbox"/> קוליטיס</p> <p><input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך.....</p> <p><input type="checkbox"/> האם הנך מטופל/ת תרופתית? לא <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> כן, יש לציין את סוג הטיפול</p> <p><input type="checkbox"/> סטרואידים</p> <p><input type="checkbox"/> אחר.....</p> <p><input type="checkbox"/> בעיה/תופעה אחרת במערכת העיכול*</p> <p>*בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> הליקובקטר פילורי</p> <p><input type="checkbox"/> אולקוס (כיב) בקיבה</p> <p><input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח? לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך:.....</p> <p><input type="checkbox"/> מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך.....</p> <p><input type="checkbox"/> אולקוס (כיב) בתריסריון</p> <p><input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח? לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך:.....</p> <p><input type="checkbox"/> מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך.....</p> <p><input type="checkbox"/> גסטריטיס</p> <p><input type="checkbox"/> מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך.....</p> <p><input type="checkbox"/> רפלוקס בדרכי העיכול</p> <p><input type="checkbox"/> מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך.....</p> <p><input type="checkbox"/> מעי רגיז</p> <p><input type="checkbox"/> חסימת מעיים*</p> <p>*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המציין אבחנה והטיפול המומלץ</p> <p><input type="checkbox"/> פוליפים במערכת העיכול</p> <p><input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח? לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך:.....</p> <p><input type="checkbox"/> האם הממצא שפיר (לא ממאיר)? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ניתוח להפחתת משקל (קיצור קיבה, טבעת, בלון וכדומה)</p> <p>האם חלפה חצי שנה ממועד הניתוח:</p> <p>לא <input type="checkbox"/></p> <p>כן* <input type="checkbox"/></p> <p>*בבקשה לצרף סיכום אשפוז מלא מהניתוח ומכתב עדכני מרופא מטפל המתייחס למצב כיום והאם קיימים סיבוכים והשלכות</p> <p><input type="checkbox"/> צליאק</p> <p><input type="checkbox"/> צרבת</p>
---	--

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



dt2420