

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.

13. שאלון כליות ודרכי השתן

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום הקשורה בכליות ודרכי השתן:

<input type="checkbox"/> דלקות חוזרות בדרכי השתן (מעל 4 אירועים בשנה)	<input type="checkbox"/> כליה בודדת
■ מתי היה האירוע האחרון, תאריך.....	■ בבקשה לפרט את הסיבה
■ האם תפקודי הכליות תקינים?	<input type="checkbox"/> מולד <input type="checkbox"/> עקב תרומת כליה לאדם אחר <input type="checkbox"/> סיבה אחרת*
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
<input type="checkbox"/> רפלוקס דרכי השתן	*בבקשה לצרף מכתב עדכני מנפרולוג מטפל ותוצאות תפקודי כליה
■ האם תפקודי הכליות תקינים?	■ האם תפקודי הכליות תקינים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
<input type="checkbox"/> אבנים בכליות ו/או בדרכי השתן	בכל מקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהאבחנות הבאות בבקשה לצרף תוצאות בדיקת תפקודי כליות, ומכתב עדכני מנפרולוג מטפל:
■ האם בעיית האבנים בכליות עדיין קיימת כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות
■ האם תפקודי הכליות תקינים?	<input type="checkbox"/> תסמונת נפורטית
■ מתי היה האירוע האחרון, תאריך.....	
<input type="checkbox"/> שלפוחית "רגיזה"	<input type="checkbox"/> ציסטות בכליות
<input type="checkbox"/> דליפת שתן	<input type="checkbox"/> מושתל/ת כליה
■ האם עברת ניתוח?	
■ האם הבעיה עדיין קיימת?	<input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
<input type="checkbox"/> צניחת שלפוחית שתן	<input type="checkbox"/> בעיה / תופעה אחרת בכליות ודרכי השתן*
■ האם עברת ניתוח?	*בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:
■ האם הבעיה עדיין קיימת?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

