

Žádost o provedení lékařské prohlídky

Z2016

Vyhotovenou lékařskou prohlídku k nabídce na uzavření pojistné smlouvy, resp. k pojistné smlouvě, případně k žádosti o změnu do pojistné smlouvy předejte přímo pojištěnému nebo zašlete na adresu:

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, MUDr. Šárka Bílková, Brněnská 634, 664 42 Modřice. Za provedené výkony pojišťovna uhradí, včetně poštovného, max. 1 250 Kč.

Číslo nabídky/pojistné smlouvy _____

V případě žádosti o přistoupení ke skupinovému pojištění hypotečních úvěrů České spořitelny, a.s., a k úvěrům Stavební spořitelny České spořitelny, a.s.:

typ úvěru _____ výše úvěru _____ doba splacení úvěru _____

ŽADATEL

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo

Nynější povolání

Adresa trvalého bydliště

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Opravňuji lékaře k poskytnutí informací o mém zdravotním stavu a doplnění níže uvedených dotazů.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování vašich osobních údajů. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

ZPRACOVÁNÍ CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Pojišťovna bude s vaším souhlasem zpracovávat informace týkající se vašeho tělesného a duševního zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypovídajících o vašem zdravotním stavu (dále jen „**údaje o zdravotním stavu**“), jakož i genetické údaje, a to pro účely modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění a zajištění a soupojištění. Pro tyto účely bude pojišťovna zpracovávat údaje, které jí poskytnete v souvislosti s tímto formulářem, pro účel posouzení přijatelnosti do pojištění bude zpracovávat i údaje, které od vás získala v souvislosti s jinými uzavřenými pojistnými smlouvami.

Tento souhlas udělujete na dobu trvání procesu uzavírání smlouvy a na dobu trvání smluvního vztahu. Tento souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu je dobrovolný, avšak je podmínkou uzavření pojistné smlouvy nebo dodatku, resp. přistoupení k pojistné smlouvě. Tento souhlas můžete kdykoli odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu a genetických údajů do okamžiku odvolání. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

Údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje může pojišťovna předávat za účelem zajištění zajištěným, kterými jsou společnosti Swiss Re Europa S.A. (Německo), VIG RE zajišťovna, a.s. (Česká republika), VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe (Rakousko) a případně další společnosti uvedené na webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

souhlasím

ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ BEZ VAŠEHO SOUHLASU

Pojišťovna bude bez vašeho souhlasu na základě nezbytnosti pro **určení, výkon nebo obhajobu právních nároků** zpracovávat v nezbytném rozsahu údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy (s výjimkou změny pojistné smlouvy vyžadující posouzení přijatelnosti do pojištění), ochrany právních nároků a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťovny

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, statistiky a cenotvorby produktů, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

Utrpěl(a) jste někdy úraz?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte rok vzniku úrazu, poraněnou část těla, při hospitalizaci název a adresu zdravotnického zařízení, délku pobytu v nemocnici a léčení, případně popis trvalých následků:	
<hr/>	
Trpíte / trpěl(a) jste onemocněním, poruchou zraku?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte od kdy do kdy (rok), druh onemocnění, poruchy, případně počet dioptrií:	
<hr/>	
Trpíte / trpěl(a) jste onemocněním, poruchou sluchu?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte od kdy do kdy (rok), druh onemocnění, poruchy:	
<hr/>	
Máte nebo jste prodělal(a) onemocnění pohlavních orgánů, pohlavní nemoci, nemoci močového ústrojí?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte druh onemocnění a rok, délku léčení:	
Čekáte na výsledky nějakého vyšetření nebo jste na nějaké vyšetření odeslán(a)?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte druh a termín vyšetření:	
Byl(a) jste někdy vyšetřen(a) / léčil(a) jste se nebo se léčíte na psychiatrii nebo u psychologa?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte důvod, od kdy do kdy (rok), adresu:	
Byl(a) jste někdy operován(a)?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte důvod operace, rok, adresu zařízení, dobu léčení a pobytu v nemocnici:	
<hr/>	
Máte být operován(a), hospitalizován(a), podstoupit léčení, odvykací kúru?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte důvod, kdy, adresu:	
<hr/>	
Byl(a) jste v posledních pěti letech v pracovní neschopnosti delší než 4 týdny?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte důvod (nemoc), délku pracovní neschopnosti, rok:	
<hr/>	
Byl(a) jste v posledních deseti letech hospitalizován(a)?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte důvod hospitalizace, délku pobytu, název a adresu zdravotnického zařízení, rok:	
<hr/>	
Podstoupil(a) jste někdy testy HIV?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte kdy (rok), výsledek:	
Podstoupil(a) jste v posledních deseti letech na doporučení lékaře léčbu v lázních, sanatoriích, léčebnách nebo jiných zdravotnických zařízeních?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte důvod léčby, rok, délku pobytu, název a adresu zařízení:	
<hr/>	
Podstoupil(a) jste v posledních pěti letech vyšetření rentgenové, EKG, EEG, SONO (ultrazvukem), magnetickou rezonancí, případně jiná vyšetření?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte druh vyšetření, jeho důvod, rok a závěr:	
<hr/>	
Byl(a) jste někdy léčen(a) ozařováním nebo chemoterapií?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte důvod (nemoc), rok:	
<hr/>	
Pobíráte nebo jste někdy pobíral(a) invalidní důchod nebo jste měl(a) přiznánu ZPS nebo jste o invalidní důchod žádal(a)? Jste nebo byl(a) jste držitelem průkazu zdravotně postiženého TP, ZTP, ZTP-P?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Uveďte důvod:	
<hr/>	

Žadatelky ženy:

Patologický nález prsů:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
-------------------------	--

Můžete uvést ještě jiné skutečnosti, týkající se vašeho zdravotního stavu, které neobsahuje tento dotazník?

Který lékař je nejlépe informován o vašem zdravotním stavu? (Uveďte prosím jméno lékaře či název zdravotnického zařízení, adresu a příp. kontaktní telefon)

Jméno praktického lékaře		Jméno odborného lékaře	
Adresa, PSČ	Telefon	Adresa, PSČ	Telefon

Prohlašuji, že dotazy na můj zdravotní stav jsem zodpověděl(a) pravdivě a úplně. Souhlasím s tím, aby můj zdravotní stav byl podle potřeby zkoumán lékařem určeným pojišťovnou a zmocňuji své ošetřující lékaře, aby poskytli podle požadavků pojišťovny údaje o mém zdravotním stavu. Současně souhlasím (bude-li to pojišťovna požadovat) s provedením testu HIV a s předáním výsledku posudkovému lékaři pojišťovny.

Datum	_____	_____
	podpis pojišťované osoby	razítko a podpis lékaře

II. LÉKAŘSKÝ NÁLEZ

Je třeba zaškrtnout příslušnou odpověď „ano“ nebo „ne“. Žádnou otázku nelze vynechat nebo proškrtnout. Podrobné údaje uveďte ve vymezeném prostoru. Při nedostatku místa k odpovědi použijte volný list papíru, s uvedením jména, příjmení, rodného čísla a číselným označením odpovědi k příslušnému dotazu, jako přílohu tohoto formuláře.

Jste s vyšetřovanou osobou v příbuzenském poměru? (Pokud ano, nesmíte vyšetření provést!)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
--	--

Jste ošetřujícím lékařem pojišťované osoby?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
---	--

Pokud ano, jak dlouho?

HABITUS

Tělesná výška (cm):	Tělesná váha (kg):
---------------------	--------------------

Působí vyšetřovaná osoba zdravým a věku přiměřeným dojmem?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
--	--

Obvod hrudníku v nádechu (cm):	Obvod hrudníku ve výdechu (cm):	Obvod pasu (cm):	<input type="checkbox"/> otlý <input type="checkbox"/> dobře živý <input type="checkbox"/> hubený
--------------------------------	---------------------------------	------------------	---

SRDCE A KREVŇÍ OBĚH

Jsou srdeční ozvy čisté a normální?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
-------------------------------------	--

Šelesty?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
----------	--

Jaké? Kde?

Podezření na organický původ?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
-------------------------------	--

Tep srdce za minutu v klidu:	Tep srdce po námaze (20 dřepů):	TK systol. v klidu:	TK systol. po námaze (20 dřepů):	TK diastol. v klidu:	TK diastol. po námaze (20 dřepů):
------------------------------	---------------------------------	---------------------	----------------------------------	----------------------	-----------------------------------

Je tep v klidu a po námaze stejnoměrný a pravidelný?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
--	--

Pokud ne, jaké jsou odchylky?	U extrasystol. kolik za minutu?	U extrasystol. kolik za minutu v klidu, po námaze?
-------------------------------	---------------------------------	--

Příznaky srdeční nedostatečnosti nebo dekompenzace?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
---	--

Dušnost, cyanóza, otoky aj.:

Křečové žíly?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
---------------	--

Rozsah, vředy, jizvy? Stupeň závažnosti onemocnění:

Bylo zjištěno jiné onemocnění srdce nebo krevního oběhu?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
--	--

Které?

DÝCHACÍ ORGÁNY	
Chrapot, kašel?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ano, jak dlouho? Příčina?	
Je přiměřený tvar a klenutí hrudního koše?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ne, jaké odchylky byly zjištěny?	
Je výsledek poklepu a poslechu v pořádku?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ne, jaké odchylky byly zjištěny?	
Považujete dýchací orgány za zdravé?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ne, jaké odchylky byly zjištěny?	
ZAŽÍVACÍ ORGÁNY	
Je nález na jazyku, mandlích, hrtanu normální?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ne, jaký?	
Je výsledek vyšetření, pohmatu a poklepu břicha (žaludek, játra, žlučník, slinivka, slezina, střeva) v pořádku?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ne, jaké odchylky byly zjištěny?	
Považujete zažívací orgány za zdravé?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ne, která onemocnění byla zjištěna?	
OSTATNÍ	
Považujete hormonální systém – zejména štítnou žlázu – za zdravý?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ne, která onemocnění byla zjištěna?	
Považujete nervový systém a psychiku za zdravou (reakce zornic, patellární reflex, reflex Achillovy šlachy, reakce chodidel a břišní stěny, Romberg)?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ne, jaké odchylky byly zjištěny?	
Považujete kostru a pohybový aparát za zdravý?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ne, jaké odchylky byly zjištěny?	
Považujete kůži a sliznice za zdravé?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ne, jaké odchylky byly zjištěny?	
Považujete smyslové orgány za zdravé?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ne, která onemocnění byla zjištěna?	
Laboratoř (vždy číselně vypište aktuální hodnotu a datum odběru, které nesmí být starší než 6 měsíců)	
a) moč	
bílkoviny:	cukr:
	sediment:
b) krev	
cholesterol (+HDL):	kreatinin:
triglyceridy:	urea:
glykémie:	GGT (GMT):
	AST:
	ALT:
	Bil:
c) krevní obraz	
ERY:	TROMBO:
LEUKO:	HEMOGLOBIN:
	HEMATOKRIT:
RŮZNÉ	
Zjistil(a) jste další patologické a dosud nejmenované nálezy (např. zduření žláz)?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ano, které?	
Lékař může vyšetřovanému patologické nálezy sdělit. Které nálezy byly sděleny?	
<hr/> <hr/>	

Diagnostické závěry a prognostické zhodnocení (posouzení možné invalidity, následků nemoci, prognózy zdravotního stavu vzhledem k udávaným a zjištěným údajům):

Doporučujete vzhledem ke zjištěnému zdravotnímu stavu další odborná vyšetření?

NE

ANO

Která?

Prohlašuji, že jsem žadatele vyšetřil(a) a pravdivě zodpověděl(a) výše uvedené otázky.

V

dne

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

razítko a podpis lékaře