

**Необходими прегледи и медицински изследвания за
застрахователни суми над 45 000 EUR при тарифи GAB1, GDB1 .**

1. **Обстоен лекарски доклад на формуляр на ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД**
2. **ЕКГ в покой и ВЕТ (велоергометричен тест).**
3. **Изследвания на кръвта:**
 - 3.1. **Хемоглобин**
 - 3.2. **Еритроцити**
 - 3.3. **Hct**
 - 3.4. **Leuc**
 - 3.5. **СУЕ по Westergren**
 - 3.6. **Левкограма: St; Seg; Eo; Ba; Ly; Mo**
 - 3.7. **Глюкоза**
 - 3.8. **Уреа**
 - 3.9. **Креатин**
 - 3.10. **Пикочна киселина**
 - 3.11. **Билирубин общ**
 - 3.12. **Билирубин директ**
 - 3.13. **ГОТ**
 - 3.14. **ГПТ**
 - 3.15. **ГГТ**
 - 3.16. **Холестерол**
 - 3.17. **Алфа холестерол**
 - 3.18. **Триглицериди**
 - 3.19. **HIV тест**
4. **Изследвания на урината:**
 - 4.1. **Белтък**
 - 4.2. **Захар**
 - 4.3. **Кетотела**
 - 4.4. **Уробилиноген**
 - 4.5. **Билирубин**
 - 4.6. **Седимент /точен брой Eг и Leuc на поле/**
 - 4.7. **Кръв**
 - 4.8. **Нитрити**
5. **Рентгенова снимка на белите дробове и сърцето.**

ГРАВЕ България поема разходи за медицински преглед до предварително определен размер при представяне на фактура с данните на дружеството, а именно:

**ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД
Бул. Цар Борис III No 1
София 1612, община Красно село
БУЛСТАТ: 130321963
ИН по ЗДДС: BG130321963
МОЛ Габриела Генова**

4.а) Каква е вашата средна дневна консумация на алкохол и цигари ?	алкохол.....мл. цигари.....бр.
б) Вземате ли редовно медикаменти (особено сърдечносъдови, понижаващи кръвната захар или кръвното налягане средства)? Какви? Дози? Вземате ли в момента медикаменти? Какви? Дози?	Кога? Защо? Практикуващ лекар, адрес: не да <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
в) Били ли сте пристрастени в миналото или пристрастени ли сте в момента към медикаменти или наркотици ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.а) Претърпявали ли сте злополуки, наранявания или натравяния ? От какъв тип? С какви последствия?	не да <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
б) Подавали ли сте молба за пенсия, получавате ли или получавали ли сте такава? Процент на нетрудоспособност. Обосновка на решението за пенсия.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
в) Излезли ли сте по болест преждевременно в пенсия?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.а) Опериран ли сте? Защо? Каква операция? Кога?	не да <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
б) Предстои ли Ви операция?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
в) Третирани ли сте с рентгенови, изотопни или други радиоактивни лъчи?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
г) Трябвало ли е да се подлагате на други процедури, като напр. химиотерапия?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.а) Правена ли Ви е електрокардиограма ? Ергометрия? Резултати? (в случай че е налична електрокардиограмата, моля да ни я предоставите временно).	не да <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
б) Провеждани ли са рентгенография, компютърна томография или други <u>ултразвукови</u> <u>респективно</u> <u>облъчващи медицински прегледи</u> ? Резултати?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
в) Правили ли сте си СПИН-тест (Резултати?) или бил ли Ви е препоръчван такъв тест?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
г) Правени ли са Ви лабораторни или други прегледи, които не са посочени до тук? Какви? Резултати?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.а) Преглеждани или лекувани ли сте в болница? Къде?	не да <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
б) <u>Пребивавали ли сте в санаториум? Лекували ли сте се от алкохолизъм или наркомания? Къде?</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
в) Били ли сте в рехабилитационен център? Къде?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. При мъже : негоден ли сте в момента или бил ли сте в миналото негоден за военна служба ? Ако да, каква е причината!	не да <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Минавали ли сте лекарски преглед с цел застраховка? Кога? За кое дружество? С какви резултати?	не да <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.а) Към кой лекар се обръщате по принцип? (домашен лекар) Адрес?	
б) В рамките на последните 5 години преглеждали, консултирали или лекували ли са Ви други лекари освен горепосочения? Кои?	не да <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Декларирам, че съм отговорил вярно и пълно на горепосочените въпроси. Моите отговори, които съм прочел отново с цел проверка, са правилно посочени в настоящия документ. Същевременно съм осведомен, че съгласно законовите разпоредби съзнателното посочване на неточни данни би могло да доведе до невалидност на застрахователния договор.	
..... дата подпис на застрахованото лице

II. КОНСТАТАЦИИ ОТ ИЗВЪРШЕНИЯ ПРЕГЛЕД

Преглеждали, консултирали, или лекували ли сте застрахованото лице? Кога и защо? Ако не, как установявате неговата самоличност?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
1. Мерки: Прави ли преглежданото лице впечатление на отговарящо на възрастта си и в добро здраве?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Ръст.....см Тегло.....кг Тип конструкция: </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Обиколка на врата..... см Гръдна обиколка..... см Талия..... см </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ръст.....см Тегло.....кг Тип конструкция:	Обиколка на врата..... см Гръдна обиколка..... см Талия..... см	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Ръст.....см Тегло.....кг Тип конструкция:	Обиколка на врата..... см Гръдна обиколка..... см Талия..... см																
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
2. Има ли аномалии на скелета, респективно на двигателния апарат? Ако да, какви са?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
3. Има ли заболявания на кожата, респективно на лигавиците? Ако да, какви оплаквания има?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
4. Има ли заболявания на сетивните органи? Ако да, какви оплаквания има?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
5. Има ли заболявания на нервната система, респективно психически заболявания, особено абнормални рефлексии (реакции на зеницата, пателарни рефлексии, рефлексии на ахилесовото сухожилие, ромберг и т.н.)? Ако да, какви отклонения има?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
6. Има ли заболявания на хормоналната система – особено Diabetes mellitus (последен дневен профил на кръвната захар) или заболявания на щитовидната жлеза? Ако да, какви оплаквания има?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
7. Сърце и кръвообращение а) Сърцето уголемено ли е? (наляво? надясно? конфигурация? Ненормално разположение, отклонения в основния ритъм на сърцето?) б) Сърцето изместено ли е? в) Резултат от прислушването? г) Има ли патологична констатация от прислушването? Ако да, какви са причините, констатациите Ви и оплакванията на пациента? д) Кръвно налягане и пулс:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;"> систола..... диастола..... кръвно налягане в мм/Hg пулс/мин в покой след натоварване време на възстановяване </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;"> вид на натоварването..... </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	систола..... диастола..... кръвно налягане в мм/Hg пулс/мин в покой след натоварване време на възстановяване		вид на натоварването.....		не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
систола..... диастола..... кръвно налягане в мм/Hg пулс/мин в покой след натоварване време на възстановяване																	
вид на натоварването.....																	
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
е) Пулсът в покой и след натоварване постоянен и равномерен ли е? Ако не, в какво се състоят отклоненията? При <u>екстрасистоли</u> : Колко удара в минута в покой и след натоварване?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
ж) Има ли <u>инсуфициентни</u> или <u>декомпенсационни</u> проявления (задух, <u>цианоза</u> и отток)?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
з) Артериалните пулсове нормално уловими ли са според обстоятелствата?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
и) Има ли разширени вени? (сила, размер, гнойни рани, едемия)?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
к) Можете ли да дадете допълнителни данни за сърцето и кръвообращението? Какви?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
л) Целесъобразно ли е правенето на електрокардиограма? Какво заболяване е налице?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">не</td> <td style="width: 50%;">да</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	не	да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
не	да																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

<p>8. Дихателни органи</p> <p>а) Има ли шумове? Кашлица? От кога? Причина?</p> <p>б) Форма и заобленост на гърдния кош?</p> <p>в) Резултат от перкусията или прислушването?</p> <p>г) Има ли заболявания на дихателните органи? Ако да, какви оплаквания има?</p>	<p>не да</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Храносмилателни органи</p> <p>а) Заболявания на езика, сливиците, захапката, гърлото? Резултат от оглед, палпация и перкусия на стомаха? Съществуват ли заболявания на стомашно-чревния тракт, на черния дроб, на жлъчката, на панкреаса или на далака? Ако да, какви оплаквания има?</p>	<p>не да</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Отделителни и полови органи</p> <p>а) Изследване на урината: Съдържание на урината:</p> <p>б) Съществуват ли заболявания на отделителните респ. половите органи? Ако да, какви оплаквания има? При жени: Има ли съмнение за заболявания на женските органи (особено на гърдите)? Ако да, какви оплаквания има? Бременност? Нормално протичане?</p>	<p>белтъци.....захар.....кръв.....нитрити..... седимент (само при патологичен резултат от изследване на урината):</p> <p>не да</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>В коя седмица?</p>
<p>11. Други</p> <p>а) Имате ли други болестни и досега неспоменати резултати от изследвания (напр. алергии, отоци на лимфните възли, заболявания на кръвта или на имунната система и т.н.)? Ако да, какви оплаквания има?</p> <p>б) Считате ли за необходимо да отбележите други, досега неспоменати обстоятелства? Ако да, какви?</p> <p>в) Смятате ли за целесъобразно да се вземат констатациите на домашния лекар или на друг лекар? Ако да, от кой?</p> <p>г) Кои допълващи прегледи (напр. лабораторни изследвания) предлагате?</p> <p>д) Може ли според Вас да се очакват преждевременно възпрепятстване в упражняването на професията? Ако да, поради какво?</p>	<p>не да</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>За преценката на риска са значими и други гледни точки освен резултата от прегледа. Затова Ви молим да съобщавате на преглеждания констатациите за болести, но не и да давате оценка за възможността за сключване на застраховката. – Докладът може да бъде предаден на преглеждания или на посредник за препращане на компанията само в запечатан плик.</p> <p>Какви констатации сте съобщили?</p> <p>Кога и къде се проведе прегледът?</p>	
<p>Уговореният между застрахователното дружество и практикуващия лекар хонорар се превежда по банкова сметка или се плаща в брой.</p> <p>..... дата</p> <p>..... лекарски печат</p> <p>..... подпис</p>	