

שאלון מחלות מפורט

שם הסוכן		מס' סוכן	
שם המבוטח		ס"ב	
ת.ז.		תאריך	
שם פרטי		ס"ב	
שם משפחה		ת.ז.	
שם פרטי		שם פרטי	
שם משפחה		שם משפחה	
במקרה והיך מבוטח המשני		שם פרטי	
רשום פרטי מבוטח ראשי		שם פרטי	
שם משפחה		שם משפחה	

שאלון סוכרת (1)

1. מהו סוג הסוכרת ממנה היך סובל/ת או סבלת בעבר?
 דיאבטיס אינסיפידוס דיאבטיס מליטוס סוכרת תלוית אינסולין סוכרת לא תלוית אינסולין סוכרת הריונית אחר ____ לא ידוע

לסוכרת הריונית עני על השאלה הבאה, אחרת עברי לשאלה מספר 3.

2. סוכרת הריונית

א. האם היך הרה כעת? כן לא

ב. האם רמת הסוכר חזרה לנורמה לאחר ההריון? כן לא

3. מתי אובחנה המחלה לראשונה? חודש/שנה

4. פירוט תוצאות בדיקות אחרונות (עדכניות)

● HbA1c (המוגלובין מסוכר) %

● רמת סוכר בדם mg %

● חלבון בשתן כן לא

● סוכר בשתן כן לא

● פרוקטוזאמין (גליקופרוטאין) mmol/L

5. האם היך מבקרת/ת או נמצאת/ת במעקב רפואי במרפאת סוכרת או אצל רופא מטפל לפחות פעם בשנה? כן לא

6. האם היך סובל מאחת או יותר מהבעיות / הסיבוכים שברשימה הבאה? נא סמן שומנים בדם (כולסטרול וכד') תרדמת נמק (נגרנה) פגיעה בלב תת סוכר היפוגליקמיה פגיעה בגפים לחץ דם פגיעה בכליות פגיעה ברשתית פגיעה בכלי דם ללא סיבוכים / בעיות נוספות לא ידוע / אחר _____

7. איזה טיפול היך מקבל :
 אינסולין כדורים דיאטה לא ידוע אחר _____

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

תאריך	חתימת המבוטח
	<input checked="" type="checkbox"/>

שם הסוכן	מס' סוכן

שם המבוטח	ת.ז.	ס"ב	ת.ז.	תאריך
שם משפחה	שם פרטי	ס"ב	ת.ז.	במקרה והיך מבוטח המשיב רשום פרטי מבוטח ראשי

שאלון גב ועמוד שדרה (2)

1. ציין מאיזו בעיה / מחלה היך סובל :

אנקילוזינג ספונדיליטיס (דלקת חוליות מקשחת) כאבי גב מתח בגב ספונדילוזיס חוליות הצואר שבר / שברים בחוליות קיפוזיס (גיבנון) לומבגו (כאב מותני) מתח לומברי (מתח שרירי בגב מותני) מתיחת שרירים אף אחד מהנ"ל בלט, דיסק נשית / אישיאס סקוליוזיס (עקמת) פריצת דיסק ספינה ביפידה (שידרה שסועה) מתח בעמוד שדרה ספונדיליטיס (דלקת חוליות) לא ידוע אחר _____ ספונדילוזיס (קשחת חוליות) כאב שרירי עמוד השדרה צליפת שוט

2. באיזה אזור בגב קיימת הבעיה?
 עמוד שדרה צווארי עמוד שדרה תחתון / מותני/ סקראלי / עצם הזנב עמוד שדרה גבי יותר מאזור אחד לא ידוע

3. האם היך ממתין לברור רפואי? כן לא

4. האם היך מועמד לניתוח? כן לא

5. מתי לאחרונה הופיעו סימפטומים/התקף? (חודש/שנה)

6. ציין מספר אירועים/התקפים עד היום

7. האם היך סובל מבעיות/מחלות אחרות הקשורות לפגיעה/למחלה הנ"ל? כן לא

8. כמה ימים נעדרת מהעבודה בעקבות הארוע האחרון?

שאלון בעיות פרקים - ארטריטיס / ראומטיזם (3)

1. ציין מה הפגיעה / מחלה ממנה היך סובל ?

CTS תסמונת התעלה הקרפלית אוסטאוארטריטיס אחר _____ ראומטיזם ראומטואיד ארטריטיס (דלקת פרקים) סינוביטיס (דלקת) טנוסינוביטיס (דלקת בגידים) לא ידוע

2. האם אושפזת בחמש שנים אחרונות? כן לא

3. איזה טיפול אתה מקבל? טיפול נוגד דלקות וכאבים אחר/לא יודע פיזיותרפיה סטרואידים ללא טיפול

4. האם היך סובל מהסיבוכים הבאים? בעיות לב בעיות נשימה אחר ללא סיבוכים לא יודע

5. מתי לאחרונה סבלת מסימפטומים/כאבים? (חודש/שנה)

6. כמה זמן נעדרת מעבודתך עקב המחלה הנ"ל? (בשבועות)

7. האם היך ממתין לברור רפואי?

8. האם היך ממתין לניתוח?

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותיי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותיי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חתימת המבוטח	תאריך

שם הסוכן	מס' סוכן
----------	----------

שם המבוטח	ת.ז.	ס"ב	תאריך
במקרה והיך מבוטח המשני רשום פרטי מבוטח ראשי	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.

שאלון דרכי הנשימה (4)

1. ציין מאיזו בעיה בדרכי הנשימה היך סובל :

- אסטמה אסטמה אלרגית אסטמה כתוצאה מדלקת אסטמה קרדיאלית (קשורה ללב) אסטמה ממאמץ
 אסטמה הנובעת מעיסוק אסטמה מתמשכת (STATUS ASTMA) קדחת השחת COPD מחלת ריאות חסימתית כרונית
 הפרעות/ חסימות בדרכי הנשימה אי ספיקה נשימתית אסטמה ברונכיאלית סינוסיטיס אסטמטית ברונכיט אלרגית
 הפרעות ברונכליות תופעות חנק / לחץ בחזה בעת נשימה דלקות חוזרות בדרכי הנשימה אחר _____
 לא ידוע

2. איזה תרופות קיבלת / היך מקבל?

- ללא תרופות טיפול לסירוגין (לא בסטראידים) טיפול קבוע (לא סטראידים) טיפול לסירוגין בסטראידים
 טיפול קבוע בסטראידים אחר _____

3. האם היך סובל מהפרעות נשימה / צפצופים בין התקפים?

4. מכמה התקפים או החמרה במצבך סבלת בשנתיים האחרונות?

5. מתי סבלת מהתקף בפעם האחרונה? חודש _____ שנה _____

6. האם אושפזת 5-ב שנים אחרונות עקב בעיית הנשימה? כן לא

שאלון נכויות (5)

1. האם נקבעה לך נכות או היך נמצא בתהליך קביעת נכות? כן לא

אם נקבעה נכות, בא פרט נכות זמנית נכות קבועה טרם נקבעה נכות אחוז הנכות שנקבע _____

2. ממה נובעת הנכות / המוגבלות?

מחלה, או נכות המתבטאת כמחלה תאונה / פגיעה / פגיעה מום מולד

3. אם מום מולד / מחלה / מתבטא כמחלה בא ציין מחלה _____

4. אם נובע מתאונה / פגיעה / פגיעה בא ציין תחומי פגיעה (ניתן לבחור יותר מתחום אחד)

תחום פגיעה	תאריך הפגיעה	תאריך סיום
------------	--------------	------------

צעד ימין שמאל לא רלוונטי

תחום פגיעה	תאריך הפגיעה	תאריך סיום
------------	--------------	------------

צעד ימין שמאל לא רלוונטי

5. בא ציין פגיעה מפורטת (פגיעה מפורטת באצבעות או אברים זוגיים לדוגמא: ידיים, רגליים, עיניים, שמיעה)

א. תחום מפורט צד ימין שמאל

ב. תחום מפורט צד ימין שמאל

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותיי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותיי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבוטח
-------	-------------------------------------	--------------

שם הסוכן	מס' סוכן
----------	----------

שם המבוטח	ת.ז.	ס"ב
במקרה והיך מבוטח המשני רשום פרטי מבוטח ראשי	שם פרטי	ס"ב
שם משפחה	ת.ז.	תאריך

שאלון מערכת דרכי העיכול (6)

- סמן את הבעיה ממנה היך סובל
 - צרבות / עודף חומציות/ דיספסיה
 - גירוי של המעיין / גאסטרואנטריטיס
 - גירוי / דלקת של מערכת עיכול עליונה / גסטריטיס / דואודניטיס
 - כיב בתרסריון / מחלת קרון
 - מעי רגיש/IBS
 - בקע סרעפתי
 - קוליטיס
 - אולצריטיב קוליטיס
 - כיב קיבה
 - מחלת קרון
 - קוליטיס
 - אחר, פרט שם מחלה
 - לא ידוע / לא אובחן
- האם היך ממתין לבירור רפואי? כן לא
- האם אתה מועמד לניתוח? כן לא
- האם עברת ניתוח? כן לא
- מתי עברת ניתוח? (חודש/שנה)
- האם היך סובל/סבלת בעבר מהסיבוכים הבאים:
 - דימומים
 - שלשולים
 - ניקוב מעיים / קיבה / תרסריון (פרפורציה)
 - שטף דם
 - אחר
 - ללא סיבוכים
 - לא ידוע
- איזה טיפול היך מקבל?
 - בוגדי חומצה (כמו טגמט זאנטק)
 - דיאטה
 - ללא טיפול
 - חוקנים, קצף, נרות, תרופות כגון salazopyrin, rafasal, pentassa, asacol
 - סטרואידים או תרופות נוגדות מערכת החיסון כגון: forintol, imuran, metotrexat
 - אחר / לא ידוע
- מתי סבלת מהבעיה לאחרונה?
- כמה זמן נעדרת מעבודתך עקב המחלה הנ"ל? (בשבועות)

שאלון גידולים (7) (נא לצרף דוח היסטולוגי)

- נא פרט/י אבחנה מדוייקת
 - אדנומה
 - ציסטה או גידול
 - סרטן
 - פיברואדנומה
 - סרטן הדם (לוקמיה)
 - ליפומה
 - גידול ממאיר
 - לא ידוע
 - אחר _____ פוליפ
- מתי התגלתה המחלה לראשונה? חודש/שנה
- האם היו אירועים חוזרים? כן לא
- מתי היה הטיפול האחרון? חודש/שנה
- נא ציין/י את מיקום הגידול
- מוח שדיים מעיים כליות ריאות אחר כליות פוליציסטיות (ציסטות בכליות) עור בלוטת המגן לא ידוע
- כמה זמן נעדרת מעבודתך עקב מצבך הרפואי הנ"ל ב-5 השנים האחרונות? ימים
- האם היך מקבל / מתעתד לקבל טיפול רפואי? כן לא
- האם החלמת וחזרת לעבודה מלאה? כן לא

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותיי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותיי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המבוטח	

שם הסוכן	מס' סוכן

שם המבוטח	ת.ז.	ס"ב	תאריך
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
			ס"ב

שאלון בעיות נפשיות (8)

1. סמן את האבחנה / הבעיה

דיכאון דיכאון אינדוגני דיכאון מניה עצבנות אחר _____ הפרעות באישיות תגובה דיכאונית
 סיכזופרניה לחץ (סטריס) לא ידוע

2. האם טופלת באישפוד / אישפוד יום / רופא פסיכיאטר? כן לא

3. מה הטיפול שקיבלת בשנתיים האחרונות?

תרופות מוגדות דיכאון כמו וואליום, פרוזק התייעציות (שיחות) זריקות אחר _____ פסיכותרפיה
 כדורי שינה תרופות מרגיעות לא ידוע ללא טיפול

4. האם נעדרת מעבודתך או מהפעילות השגרתית שלך ב 5 שנים אחרונות עקב המחלה הנ"ל? כן לא

שאלון יתר לחץ דם (9)

1. מתי לראשונה התגלה יתר לחץ דם? (חודש/שנה)

2. בא ציין תוצאות ערכי לחץ דם מבדיקה אחרונה: תוצאה _____ / _____ תאריך _____

3. מהם סוגי הטיפולים שהנך מקבל:

טיפול תרופתי דיאטה רפואה אלטרנטיבית ניתוח לא דרוש טיפול אחר _____

4. האם סבלת או הנך סובל מסיבוכים הנובעים מיתר לחץ דם:

בעיית כל דם בעיות כליות עיניים אחר _____ ללא סיבוכים

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

תאריך	חתימת המבוטח

מס' סוכן	שם הסוכן

תאריך	ת.ז.	ס"ב	שם המבוטח
ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	במקרה והיך מבוטח המשני רשום פרטי מבוטח ראשי

שאלון מחלות כללי (10)	
1. בא פרט/י אבחנה מדוייקת	
בא ציין מועד התחלה וסיום של מחלה / הפרעה זו: מועד גילוי ראשון _____ (תאריך) משך _____ ימים/חודשים/שנים	
מועד סיום (אם הסתיים) _____ (תאריך)	
2. ציין תחום פגיעה <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> שני צדדים <input type="radio"/> לא רלוונטי	
3. האם אושפזת בעבר בשל אבחנה זו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן,	
4. האם הנך סובל או סבלת מסיבוכים / השפעות בשל הפרעה זו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן,	
אם כן, בא פרט	
5. האם היו אירועים חוזרים <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, בא פרט כמות התקפים בשנה אחרונה	
6. האם הבראת לחלוטין? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן,	
7. בא פרט /י את סוג הטיפול שקבלת / הנך מקבל:	
א. טיפול תרופתי <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
ב. דיאטה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
ג. פיזיותרפיה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
ד. רפואה אלטרנטיבית <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
ה. ניתוח <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
ו. לא בדרש טיפול	
ז. אחר <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, בא פרט/י	
8. בא ציין מועד סיום הטיפול _____ (תאריך)	
9. בא ציין משך היעדרות מעבודה _____ (ימים / שבועות / חודשים)	

הצהרה	
אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבוטח
_____	תאריך