

CHỈ DÀNH CHO NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM TRÊN 65 TUỔI

GHI CHÚ: Vui lòng điền đầy đủ và gửi đơn này tới Pacific Cross Việt Nam. Bác sĩ không phải do Pacific Cross Việt Nam chỉ định sẽ phải nộp bằng cấp và giấy phép hành nghề cùng với đơn này.

PHẦN I (ĐIỂN ĐẦY ĐỦ BỞI NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM)

Họ: _____ (Tên) _____ (Chữ lót) _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Ngày sinh (ngày/tháng/năm): _____ Tuổi: _____ Giới tính: _____

Quốc tịch: _____ Nước cư trú: _____

Tên cha: _____ Tên mẹ: _____

Nếu đã chết vui lòng cho biết nguyên nhân tử vong : _____ Nếu đã chết vui lòng cho biết nguyên nhân tử vong: _____

Số anh/chị em: _____ Nếu có bất cứ anh/chị em nào đã chết, vui lòng cho biết nguyên

 Chương trình chăm sóc người già trên 65: Có ☐ Không ☐ nhân tử vong: _____

 Với đơn này bác sĩ được phép cung cấp bất cứ bản báo cáo sức khỏe nào do **Pacific Cross Việt Nam** yêu cầu.

Chữ kí của Người yêu cầu bảo hiểm: _____ Ngày (ngày/tháng/năm): _____

PHẦN II (ĐIỂN ĐẦY ĐỦ BỞI NGƯỜI BÁC SĨ)
II-A: CÂU HỎI VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE (Đánh dấu “Có” hoặc “Không” và khoanh tròn những mục tương ứng)

	CÓ	KHÔNG		CÓ	KHÔNG
1. Giảm cân/ Tăng cân trong vòng 6 tháng gần đây	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Sự đi tiểu thường xuyên/đau buốt, thay đổi lượng nước tiểu/ tiểu ra máu, ra sỏi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Đau đầu không biết nguyên nhân/ chóng mặt, cơn co giật, suy yếu tập trung hay tê liệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Ra huyết trắng bất thường hoặc xuất huyết âm đạo, bị đau trong chu kì kinh hoặc chu kì kinh bất thường, đau ngực	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mờ mắt, viêm mũi tái phát, đau họng, chảy mũi tai hoặc giảm thính giác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Đau khớp, vết thương lâu lành, tứ chi thay đổi màu, tình trạng khắp khiềng, chuột rút, phù chân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nuốt đau, đau bụng tái phát, thay đổi thói quen đường ruột và số lượng phân, thổ huyết, phân có máu hoặc đại tiện có máu đen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Vết bầm máu, đốm xuất huyết, dễ bầm tím, chảy máu nướu hoặc mũi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Đau ngực, cảm giác bị nghẹt thở, hụt hơi, dễ mệt mỏi, chứng khó thở khi nằm, chứng khó thở bộc phát về đêm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Dị ứng, chứng phù thần kinh mạch hoặc phản ứng quá mẫn cảm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chi tiết: _____

THÔNG TIN BỔ SUNG THÊM:
HOẠT ĐỘNG THƯỜNG NGÀY:

	CÓ	KHÔNG	
HÚT THUỐC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chi tiết: _____
UỐNG RƯỢU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chi tiết: _____
CÁC HÌNH THỨC TẬP THỂ DỤC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chi tiết: _____

TIỀN SỬ GIA ĐÌNH: _____

BỆNH SỬ (nhập viện, những bệnh đã có trước đây, v.v..) _____

II-B: TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE (viết vào các dòng bên cạnh)

1. DẤU HIỆU SINH TỒN:
- HUYẾT ÁP: (NGỒI) _____ (ĐỨNG) _____ NHỊP TIM: ____/ PHÚT NHIỆT ĐỘ: _____ °C
 CAO: _____ CM NẶNG: _____ KG
2. TAI MŨI HỌNG:
- MẮT: _____
 KIỂM TRA VỒNG MẠC: _____
 MŨI: _____ CỎ/ CỎ HỌNG: _____
 TAI: _____
3. PHỔI: _____
4. KẾT QUẢ KHÁM NGỰC (dành cho phụ nữ): _____
5. TIM: _____
6. BỤNG: _____
7. TỬ CHI: _____

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

- A. X QUANG NGỰC: _____
- B. 12 LEAD ECG: _____
- C. XÉT NGHIỆM NƯỚC TIỂU (vi mô): _____
- D.CÔNG THỨC MÁU (CBC): _____
- E. NỒNG ĐỘ LIPID: _____
- F. CHỨC NĂNG GAN (SGPT, SGOT, GGT, Alkaline phosphate, Bilirubins, Albumin): _____
- G. CHỨC NĂNG THẬN (BUN, Creatinine, Uric Acid): _____
- H. CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP (T3 & T4): _____
- I. LƯỢNG ĐƯỜNG TRONG MÁU: _____ J. HbA1c: _____
- K. VIÊM GAN (B & C): _____ L. HIV: _____
- M. PSA (dành cho nam): _____ N. PHẾT TẾ BÀO TỬ CUNG (dành cho nữ): _____

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM ĐƯỢC YÊU CẦU THÊM

- A. SIÊU ÂM TIM 2 CHIỀU: _____
- B. KIỂM TRA ĐIỆN TÂM ĐỒ GẮNG SỨC: _____
- C. SIÊU ÂM TUYẾN VÚ VÀ CHỤP NHỮ ẢNH (dành cho nữ): _____
- D. XÉT NGHIỆM NƯỚC TIỂU (C&S): _____
- E. SIÊU ÂM BỤNG: _____
- F. XÉT NGHIỆM ALPHA FETOPROTEIN: _____

GHI CHÚ

Chữ kí của Bác sĩ

Tên bác sĩ

 /
 Ngày(ngày/tháng/năm)