

CÂU HỎI LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH TIỂU ĐƯỜNG

(Người yêu cầu bảo hiểm điền thông tin bên dưới)

Họ và tên: _____

Ngày (ngày/tháng/năm): _____

Câu hỏi này sẽ là một phần của Đơn yêu cầu bảo hiểm.

Nếu bất cứ câu trả lời nào là “Có” thì vui lòng cung cấp đầy đủ chi tiết bao gồm ngày và tên bác sĩ điều trị và nơi điều trị nếu có.

1. Vui lòng cho biết lần đầu tiên anh/chị được chẩn đoán có bệnh tiểu đường là khi nào _____

Loại tiểu đường? ☐ Loại 1 ☐ Loại 2 ☐ Không chắc

(a) Anh/Chị có đang được theo dõi thường xuyên về bệnh tiểu đường?

☐ Không ☐ Có – vui lòng cho biết tên và địa chỉ bác sĩ _____

(b) Anh/Chị có thường xuyên đi khám bác sĩ không? _____

Lần khám gần đây nhất là khi nào? _____

2. Điều trị:

a) Anh/Chị có đang trong chế độ ăn kiêng phù hợp?

☐ Không ☐ Có – vui lòng cho biết chi tiết _____

b) Anh/Chị có tập thể dục thường xuyên?

☐ Không ☐ Có – mức độ thường xuyên _____

c) Anh/Chị có đang dùng thuốc?

☐ Không ☐ Có – vui lòng cho biết chi tiết _____

d) Anh/Chị có dùng insulin?

☐ Không ☐ Có – vui lòng cho biết chi tiết _____

3. Anh/Chị có thay đổi việc điều trị trong vòng 5 năm qua không?

☐ Không ☐ Có – vui lòng cho biết lý do và chi tiết _____

4. Anh/Chị có thử đường máu tại nhà không?

☐ Không

☐ Có – vui lòng cho biết ngày và kết quả 3 lần thử đường máu gần đây nhất _____

5. Anh/Chị đã có bao giờ bị một trong những bệnh dưới đây chưa?

Hôn mê do tiểu đường	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Vấn đề về mắt	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
----------------------	--	---------------	--

Sốc insulin	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Cao huyết áp	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
-------------	--	--------------	--

Bệnh tim	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Đau hoặc cháy chân và tay	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
----------	--	---------------------------	--

Bệnh thận	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Giới hạn sự tuần hoàn ở các chi dưới	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
-----------	--	--------------------------------------	--

Nhiễm trùng, ví dụ nhọt và áp xe	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Cắt chi	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
----------------------------------	--	---------	--

Protein trong nước tiểu	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Bất kì biến chứng khác	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
-------------------------	--	------------------------	--

Nếu câu trả lời “Có”, vui lòng cho biết ngày, tên và địa chỉ của bác sĩ: _____

6. Anh/Chị đã có bao giờ nhập viện?

☐ Không ☐ Có – vui lòng cho biết chi tiết _____

7. Anh/Chị đã bao giờ làm các xét nghiệm sau đây chưa? Điện tâm đồ; X quang ngực; đo lipid; HbA1c

☐ Không ☐ Có – vui lòng cho biết ngày và kết quả xét nghiệm nếu có _____

Tôi cam kết những câu trả lời bên trên trong phạm vi hiểu biết của tôi là đúng sự thật và tôi không che giấu bất cứ thông tin gì có thể ảnh hưởng đến việc xem xét chấp nhận đơn yêu cầu bảo hiểm. Tôi đồng ý từ đơn này sẽ là một phần trong đơn yêu cầu bảo hiểm sức khỏe và hợp đồng có thể bị mất hiệu lực nếu bất cứ thông tin nào mà tôi biết nhưng không được khai ở trên.

Kí tên: _____ Ngày (ngày/ tháng/ năm): _____