

**CÂU HỎI LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH CAO HUYẾT ÁP**

(Bác sĩ điền đầy đủ thông tin bên dưới)

**Họ và tên:** \_\_\_\_\_**Ngày:** \_\_\_\_\_

Những câu hỏi này là một phần của Đơn yêu cầu bảo hiểm.

1. Bác sĩ đã điều trị cho Người yêu cầu bảo hiểm này từ khi nào? \_\_\_\_\_

2. Lần đầu tiên bác sĩ phát hiện ra huyết áp của Người yêu cầu bảo hiểm tăng là khi nào? Đó có phải là tăng huyết áp vô căn hay đó là do những nguyên nhân bệnh khác? \_\_\_\_\_

Nếu do những nguyên nhân khác, vui lòng cho biết chi tiết \_\_\_\_\_

3. Vào lúc đó mức đo huyết áp là bao nhiêu? (Vui lòng cho biết mức huyết áp cao nhất và thấp nhất trước khi điều trị) \_\_\_\_\_

4. Có sự bất thường nào phát hiện trong khi soi đáy mắt?

☐ Không☐ Có - vui lòng cho biết chi tiết:

- Vào lúc nào việc điều trị chống tăng huyết áp được thực hiện? \_\_\_\_\_

- Phương pháp điều trị nào được đưa ra? \_\_\_\_\_

☐ chế độ ăn kiêng☐ thuốc uống – vui lòng cho biết chi tiết và liều dùng \_\_\_\_\_

(Nếu nhiều loại thuốc khác nhau được dùng vào nhiều thời điểm khác nhau thì vui lòng cho biết loại thuốc nào cho thời điểm nào và lí do thay đổi thuốc và liều dùng) \_\_\_\_\_

☐ lí do khác – vui lòng cho biết chi tiết \_\_\_\_\_

- Việc điều trị đó có ảnh hưởng đến huyết áp không? \_\_\_\_\_

- Vui lòng cho biết số đo huyết áp \_\_\_\_\_

- Người yêu cầu bảo hiểm có đang được điều trị không?

☐ Không – việc điều trị kết thúc khi nào?☐ Có

5. Mức huyết áp gần đây nhất của Người yêu cầu bảo hiểm là bao nhiêu? \_\_\_\_\_

6. Huyết áp này do biến chứng thai sản (nếu có)

☐ Không☐ Có - vui lòng cho biết chi tiết \_\_\_\_\_

7. Đã bao giờ biến chứng do huyết áp xảy ra chưa?

☐ Không☐ Có - vui lòng cho biết chi tiết \_\_\_\_\_

8. Vui lòng cho biết ngày và kết quả của đo điện tim, siêu âm tim hay kiểm tra khác đã được thực hiện. Kết quả gốc của ECG nên được gửi kèm và sẽ được trả lại sau khi xem xét hồ sơ \_\_\_\_\_

**Kí tên:** \_\_\_\_\_ **Ngày (ngày/ tháng/ năm):** \_\_\_\_\_