

שאלון 29 - נשים

שם המועמד:	מספר זהות:	שם הסוכן:
------------	------------	-----------

רחם ומע' גניקולוגית	
<p>1. מה הבעיה שאובחנה ברחם/נרתיק? <input type="checkbox"/> מיומה <input type="checkbox"/> גידולים שפירים / ציסטות ברחם <input type="checkbox"/> גידולים ממאירים ברחם (יש לצרף מכתב רופא) <input type="checkbox"/> פוליפים ברחם <input type="checkbox"/> צניחת רחם <input type="checkbox"/> צניחת נרתיק <input type="checkbox"/> דימומים <input type="checkbox"/> אחר: _____</p>	
<p>2. האם עברת כריתת רחם בשל הבעיה המוצהרת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	
<p>3. מה האבחנה? <input type="checkbox"/> שדיים פיברוציסטיות <input type="checkbox"/> ציסטה/גידול שפיר <input type="checkbox"/> סרטן השד (יש לצרף מכתב רופא) <input type="checkbox"/> כריתת שדיים מניעתית ו/או המלצה לכריתה מניעתית? האם עברת שחזור שד? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	
צוואר הרחם	
<p>4. האם חלפו שנתיים מאז הממצא? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן, האם היתה מאז בדיקת פאפ תקינה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> CIN1 <input type="checkbox"/> CIN2-4 <input type="checkbox"/> האם חלפה חצי שנה מאז הממצא? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן, האם היתה מאז בדיקת פאפ תקינה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ASCUS <input type="checkbox"/> האם חלפו שנתיים מאז הממצא? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן, האם היתה מאז בדיקת פאפ תקינה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> LGSIL <input type="checkbox"/> האם חלפה חצי שנה מאז הממצא? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן, האם היתה מאז בדיקת פאפ תקינה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	
שחלות וחצוצרות	
<p>5. מה האבחנה? <input type="checkbox"/> גידול שפיר/ציסטה בשחלות <input type="checkbox"/> גידול שפיר/ציסטה בחצוצרות <input type="checkbox"/> סרטן שחלות (יש לצרף מכתב רופא) <input type="checkbox"/> סרטן חצוצרות (יש לצרף מכתב רופא) <input type="checkbox"/> שחלות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> אחר: _____</p>	<p>האם עברת כריתת שחלות/חצוצרות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא הסיבה לכריתה: <input type="checkbox"/> הסיבה המוצהרת <input type="checkbox"/> הריון מחוץ לרחם <input type="checkbox"/> אחר: _____ (יש לצרף מכתב רופא)</p>

* הנני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים. ידוע לי כי שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח.

תאריך	שם המועמד / מבטוח	מס' ת. זהות	חתימה X
אני, סוכן/סוכנת הביטוח: _____, מצהיר בזאת כי בתאריך: _____ בשעה: _____ שאלתי את המועמד לביטוח/המבטוח את כל השאלות המפורטות בשאלון לאחר שהבהרתי לו כי השאלון הינו חלק בלתי נפרד ממסמכי ההצעה ואלו הן תשובותיו.	שם הסוכן/סוכנת הביטוח	חתימה X	תאריך



*3453