

## שאלון 29 - נשים

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

רחם ומע' גניקולוגית	
<p><b>1.</b> 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><b>2.</b> האם עברת כריתת רחם בשל הבעיה המוצהרת?  <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	
<p><b>3. מה האבחנה?</b>  <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><b>4.</b> 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"/> ASCUS  <input type="checkbox"/> LGSIL  <input type="checkbox"/> האם חלפה חצי שנה 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"/> גידול ממאיר בצוואר הרחם (יש לצרף מכתב רופא)  <input type="checkbox"/> גידול שפיר בצוואר הרחם  <input type="checkbox"/> פוליפ בצוואר הרחם  <input type="checkbox"/> קונדילומה  <input type="checkbox"/> פפילומה  <input type="checkbox"/> דלקת כרונית אחר,            נא לפרט: _____</p>	
שחלות וחצוצרות	
<p><b>5. מה האבחנה?</b>  <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: _____            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
תאריך	שם הסוכן/סוכנת הביטוח	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.



\*3453