

BẢNG CÂU HỎI BỆNH HEN SUYỄN (BẢNG CÂU HỎI SỐ 09)

Hợp đồng bảo hiểm số:.....

Họ tên Người được bảo hiểm:

Quý khách vui lòng trả lời các câu hỏi sau:

1. Lần đầu tiên Quý khách được chẩn đoán bệnh hen suyễn là khi nào?
2. Có bao nhiêu đợt bệnh xuất hiện trong vòng 12 tháng qua?
3. Cơn hen (suyễn) của Quý khách có xảy ra vào ban đêm không? Nếu có, bao nhiêu cơn/ tháng?
4. Cơn hen (suyễn) mới nhất xảy ra vào lúc nào?
5. Quý khách phải dùng loại điều trị nào sau đây:

	Có	Không
a. Dùng thuốc uống mỗi ngày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Chỉ dùng thuốc uống khi lên cơn hen (suyễn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Chỉ sử dụng thuốc dạng hít khi lên cơn hen (suyễn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dùng thuốc Steroids (kháng viêm):		
- uống không thường xuyên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- uống liên tục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dạng tiêm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vui lòng cho biết tên thuốc, liều lượng dùng... Cung cấp bản sao các đơn thuốc.

.....

6. Trong 1 năm qua, Quý khách có phải nghỉ làm (hoặc nghỉ học) vì bệnh hen suyễn không? Có Không
Nếu có, xin vui lòng cho biết thời gian bao lâu?

7. Trong 1 năm qua, Quý khách có từng nhập viện vì bệnh hen suyễn không? Có Không
Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết như sau: (Cung cấp bản sao *Giấy ra viện*)

Ngày nhập viện	Thời gian nằm viện	Bệnh viện	Chẩn đoán khi xuất viện
.....
.....
.....

8. Bệnh kể trên có gây biến chứng gì cho các bộ phận khác không? Có Không
Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết:

9. Xin cho biết tên và địa chỉ của bác sĩ mà bạn thường đến khám khi bị lên cơn hen (suyễn)? Bao lâu khám một lần? Lần đến khám gần đây nhất là vào lúc nào?

10. Vui lòng cung cấp thêm các chứng tử khác liên quan đến bệnh của Quý khách (nếu có).

Cam kết của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm:

Tôi/ chúng tôi cam đoan rằng các câu trả lời trong Bảng câu hỏi này là đầy đủ, đúng sự thật và là cơ sở để Công ty phát hành hợp đồng.

Người được bảo hiểm (Vui lòng ký và ghi rõ họ tên)

(Nếu NĐBH < 18 tuổi thì Người đại diện theo pháp luật của NĐBH sẽ ký tại đây)

Người làm chứng (Vui lòng ký và ghi rõ họ tên)

(**Tư vấn bảo hiểm/ Đại diện/ Bác sĩ**)

Ngày:.....

Ngày:.....

