

Page 10 of 10

Příjmení a jméno
pojištěného dítěte

--

Váha (kg)

□

Výška (cm)

--	--

Rok narození

[illegible]

	ANO	NE	Pokud ano, uveďte podrobnosti (název onemocnění, datum zjištění, léčbu včetně názvů léků a dávkování).
1. Bylo pojištěné dítě v minulosti vyšetřováno, léčí se nebo má být ve sledování nebo ještě je ve sledování dětským praktickým lékařem či jiným odborným lékařem pro zdravotní obtíže, úraz, včetně rehabilitace, nebo bylo v posledních 5 letech hospitalizováno pro onemocnění nebo úraz v nemocnici, lůžkách či léčebně? Je u pojištěného dítěte plánovaná operace, vyšetření (včetně HIV testu), pobyt v nemocnici, lůžkách či léčebně?	☐	☐	
2. Užívalo pojištěné dítě v posledních 24 měsících nějakou formu léků déle než 2 týdny?	☐	☐	
3. Užívalo pojištěné dítě nebo užívá omamné nebo psychotropní látky?	☐	☐	
4. Má pojištěné dítě nebo mělo jakékoli nervové či jiné obtíže, např. mdloby, přechodnou ztrátu zraku, poruchy vědomí, epileptické záchvaty, závratě, brnění nebo jakýkoli typ ochrnutí?	☐	☐	
5. Má nebo mělo pojištěné dítě deprese, úzkostné stavy, poruchy příjmu potravy nebo se pokusilo o sebevraždu? Bylo vyšetřováno psychiatrem?	☐	☐	
6. Byla u pojištěného dítěte zjištěna jakákoli vada (vrozená, získaná), jaká, datum zjištění?	☐	☐	
7. Má pojištěné dítě v platnosti nebo se mu chystáte sjednat nějaké jiné úrazové pojištění? Pokud ano, uveďte jméno pojišťovny, finanční instituce, pojistnou částku, datum počátku a konec tohoto pojištění.	☐	☐	

UVEĎTE JMÉNO, ADRESU (ULICE, Č.P., MĚSTO, PSČ) A TELEFON OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE:

Age Group	Number of People
13-17	10
18-24	25
25-34	15
35-44	20
45-54	10
55-64	10
65-74	10
75-84	10
85-94	10