

BẢNG CÂU HỎI ĐAU NGỰC

Người được Bảo hiểm: _____ Số Hợp đồng: _____

1. Lần đầu tiên Quý khách bị đau ngực vào lúc nào? _____

2. Mô tả vị trí đau ngực?

- ☐ Đau giữa xương ức ☐ Đau bên trái xương ức
- ☐ Khác (Cho biết chi tiết) _____

3. Cho biết hướng lan của cơn đau?

- ☐ Lan dọc mặt trong cánh tay trái ☐ Lan lên hàm, cổ, vai, lưng
- ☐ Không lan ☐ Khác (Cho biết chi tiết) _____

4. Vui lòng mô tả mức độ đau ngực?

- ☐ Đau dữ dội ☐ Đau âm ỉ
- ☐ Đau nhói ☐ Cảm giác đè nặng/ bóp chặt

5. Cơn đau kéo dài bao lâu?

- ☐ Vài giây ☐ Vài phút ☐ Hơn 30 phút ☐ Khác (cho biết chi tiết) _____

6. Tần suất xảy ra cơn đau?

- ☐ Hàng ngày ☐ Hàng tuần
- ☐ Hàng tháng ☐ Khác (cho biết chi tiết) _____

7. Cơn đau ngực xuất hiện trong hoàn cảnh nào?

- ☐ Đi bộ ☐ Làm việc nặng (khuân vác)
- ☐ Leo cầu thang ☐ Khác (cho biết chi tiết) _____

8. Các triệu chứng khác đi kèm với đau ngực:

- ☐ Ho ☐ Khó thở ☐ Hồi hộp ☐ Đánh trống ngực
- ☐ Nóng rát thượng vị ☐ Khác (cho biết chi tiết) _____

9. Quý khách có được chẩn đoán bệnh mạch vành không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết tên bệnh: _____

10. Quý khách đã điều trị bệnh đau ngực như thế nào?

- ☐ Chỉ theo dõi
- ☐ Điều trị thuốc (cho biết tên thuốc điều trị) _____
- ☐ Can thiệp mạch/ phẫu thuật (cho biết chi tiết) _____
- ☐ Khác (cho biết chi tiết) _____

11. Quý khách có phải nằm viện điều trị do đau ngực hay không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết thời gian nằm viện: _____

12. Hiện tại Quý khách có đang phải điều trị do đau ngực không?

☐ Có ☐ Không

Nếu không, cho biết thời điểm bắt đầu và kết thúc điều trị: _____

13. Vui lòng cho biết tình trạng hiện tại của Quý khách:

14. Quý khách có lưu giữ chứng từ y khoa của bệnh nêu trên và sẽ cung cấp về Công ty?

☐ Có ☐ Không

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, trung thực và chính xác và là cơ sở để TechcomLife thẩm định hợp đồng.

BÊN MUA BẢO HIỂM

(Ký & Ghi rõ họ tên)

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

(Ký^(*) & Ghi rõ họ tên)

CHUYÊN VIÊN TƯ VẤN

(Ký & Ghi rõ họ tên)

Ngày ký: _____

Ngày ký: _____

Ngày ký: _____

() NĐBH chưa thành niên (chưa đủ 18 tuổi) hoặc mất năng lực hành vi dân sự hoặc có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự: Cha/Mẹ/Người giám hộ của NĐBH ký tên. Cha/Mẹ/Người giám hộ NĐBH không biết chữ điểm chỉ xác nhận sau khi được Bên mua bảo hiểm đọc kỹ, giải thích về nội dung văn bản.*