

# BẢNG CÂU HỎI BỆNH THẬN - TIẾT NIỆU

Người được Bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Số Hợp đồng: \_\_\_\_\_

**1. Quý khách vui lòng cho biết tên bệnh lý thận – tiết niệu mắc phải?**

- |                                                                  |                                            |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sỏi tiết niệu                           | <input type="checkbox"/> Viêm cầu thận cấp |
| <input type="checkbox"/> Nang thận                               | <input type="checkbox"/> Thận ứ nước       |
| <input type="checkbox"/> Hội chứng thận hư                       | <input type="checkbox"/> Suy thận          |
| <input type="checkbox"/> Khác (cho biết chi tiết tên bệnh) _____ |                                            |

**2. Thời điểm phát hiện bệnh?** \_\_\_\_\_

**3. Triệu chứng biểu hiện của bệnh là gì?**

- |                                        |                                                         |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tiểu máu      | <input type="checkbox"/> Tiểu buốt, rắt, tiểu khó       |
| <input type="checkbox"/> Đau hông lưng | <input type="checkbox"/> Tiểu nhiều lần, tiểu đêm       |
| <input type="checkbox"/> Phù           | <input type="checkbox"/> Khác (cho biết chi tiết) _____ |

**4. Các triệu chứng này vẫn đang tồn tại?** ☐ Có ☐ Không

Nếu không, triệu chứng lần cuối xảy ra khi nào? \_\_\_\_\_

**5. Phương pháp điều trị là gì?**

- ☐ Không có chỉ định điều trị
- ☐ Điều trị nội khoa (cho biết tên thuốc) \_\_\_\_\_
- ☐ Phẫu thuật (cho biết loại phẫu thuật) \_\_\_\_\_

**6. Quý khách có từng phải nhập viện điều trị bệnh lý thận – tiết niệu này hay không?** ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cho biết thời gian nằm viện: \_\_\_\_\_

**7. Hiện tại Quý khách có đang điều trị bệnh lý thận – tiết niệu không?**

- ☐ Có (cho biết chi tiết) \_\_\_\_\_
- ☐ Không (cho biết thời điểm dừng điều trị?) \_\_\_\_\_

**8. Quý khách có biến chứng nào do bệnh lý thận – tiết niệu không (ví dụ: nhiễm khuẩn tiết niệu, thận ứ nước, suy thận...)?**

☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng mô tả chi tiết: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. 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<sup>(\*)</sup> & 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.*