

Charakter wykonywanej pracy (zaznacz właściwe):

- biurowa lub administracyjna nie wymagająca pracy fizycznej
 wymagająca przebywania poza pomieszczeniami biurowymi i/lub okresowego wykonywania pracy fizycznej
 ciągła praca fizyczna

Branża zatrudnienia (zaznacz właściwe):

- Wojsko Produkcja maszyn i środków transportu Pozostałe branże przemysłu produkcyjnego i przetwórczego
 Policja Hutnictwo i odlewnictwo Rolnictwo
 Straż pożarna Przemysł drzewny Transport kołowy
 Przemysł wydobywczy Przemysł gumowy i tworzywa sztucznych inne (jakie)
 Rybołówstwo, żegluga i transport morski Budownictwo

Czy wykonywany zawód wymaga:	TAK	NIE
pracy na wysokości powyżej 5 metrów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
udziału w pracach wydobywczych i/lub budowlanych pod ziemią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
naprawy lub konserwacji maszyn lub urządzeń wysokiego napięcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
udziału w połowie ryb na morzu z pokładu jednostki o długości do 25 metrów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stykania się z materiałami bądź substancjami: wybuchowym łatwopalnymi, trującymi lub żrącymi, radioaktywnymi bądź azbestem? (podkreśl właściwe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przebywania na morzu poza obszarem wód terytorialnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dysponowania bronią palną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pracy w powietrzu na pokładzie samolotu licencjonowanych linii lotniczych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenia samochodów ciężarowych bądź autobusów poza obszarami zabudowanymi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wzrost: | | | | cm Waga: | | | | kg

Zmiana wagi w ostatnim roku / przyrost: | | | | kg spadek: | | | | kg

Odpowiadając na pytania w poniższej tabeli, proszę wstawić znak „X” w odpowiedniej rubryce.

W przypadku wstawienia znaku „X” w rubryce „TAK” na pytanie należy udzielić odpowiedzi szczegółowej.

	PYTANIE	TAK	NIE	ODPOWIEDŹ SZCZEGÓŁOWA
1	Czy w Pana/i najbliższej rodzinie (ojciec, matka, brat, siostra) ktoś chorował, choruje lub zmarł z powodu: choroby serca lub naczyń, nadciśnienia tętniczego, udaru mózgu, cukrzycy, nowotworu, choroby nerek, choroby dziedzicznej (np. hemofilia, dystrofia mięśniowa, inne), zaburzeń psychicznych, alkoholizmu?			
2	Czy jest Pan/i obecnie ubezpieczony/a w ramach indywidualnych ubezpieczeń na życie?			
3	Czy przy zawieraniu poprzednich umów ubezpieczenia spotkał/a się Pan/i z odmową, ograniczeniem, odroczeniem lub podwyższoną składką?			
4	Czy uprawia Pan/i sporty? Jeżeli TAK, to proszę podać dziedzinę oraz określić czy uprawia Pan/i sport rekreacyjnie czy profesjonalnie.			
5	Czy korzysta Pan/i z powietrznych środków transportu innych, niż środki koncesjonowanych przewoźników?			
6	Czy pije Pan/i napoje alkoholowe? Jeżeli TAK, proszę podać jak często, w jakiej ilości i jaki rodzaj.			
7	Czy pali lub kiedykolwiek palił/a Pan/i papierosy, tytoń? Jeżeli TAK, proszę podać od kiedy, jaką markę i ilość dziennie.			
8	Czy używa lub używał/a Pan/i środków uznawanych za narkotyki (haszysz, marihuana, kokaina, amfetamina, heroina)?			
9	Czy był/a Pan/i ofiarą wypadku komunikacyjnego lub innego?			
10	Czy w okresie ostatnich pięciu lat: (w przypadku odpowiedzi TAK, proszę podać okresy, przyczyny, rodzaj i wynik zastosowanego leczenia):			
a)	przebywał/a Pan/i w szpitalu (proszę dołączyć kopię karty wypisowej) lub podobnych placówkach w celu wykonania zabiegu, badań, przeprowadzenia leczenia?			
b)	poddał/a się Pan/i leczeniu specjalistycznemu takiemu jak naświetlania, chemioterapia, immunoterapia, kobaltoterapia, inne (podać jakie)?			
c)	wykonał/a Pan/i badania lekarskie (poza medycyną pracy) takie jak: analiza krwi, badanie moczu, elektrokardiogram, prześwietlenie?			
d)	przeprowadzono u Pana/i transfuzję krwi lub preparatu krwio pochodnego?			
e)	wykonywał/a Pan/i test na obecność wirusa HIV? jeśli tak to kiedy? jaki wynik: pozytywny (obecny); wynik negatywny (nieobecny)			

PYTANIE		TAK	NIE	ODPOWIEDŹ SZCZEGÓŁOWA
f)	chorował/a na infekcję spowodowaną nabytym brakiem odporności organizmu (AIDS)?			
11	Czy otrzymuje Pan/i rentę inwalidzką? Jeżeli TAK, proszę podać datę przyznania, przyczyną oraz rodzaj niezdolności do pracy.			
12	Czy podjął/podjęła Pan/i kroki zmierzające do uzyskania renty inwalidzkiej?			
13	Czy obecnie przerwał/a Pan/i pracę? Jeżeli TAK, proszę podać przyczynę, datę przerwania pracy oraz datę planowanego powrotu.			
14	Czy w ciągu ostatnich kilku lat musiał/a Pan/i przerwać pracę na dłużej niż trzy tygodnie z rzędu? Jeżeli TAK, proszę podać daty, na jak długo i przyczynę.			
15	Czy choruje lub chorował/a Pan/i na: (w przypadku odpowiedzi TAK, proszę podać rodzaj schorzenia, datę jego wystąpienia oraz rodzaj i wynik zastosowanego leczenia)			
a)	choroby układu oddechowego, np. długotrwały kaszel, krwiotłucie, duszności, astma, inne (jakie)?			
b)	choroby serca, naczyniowe, np.: bóle zmostkowe, zawał, nadciśnienie tętnicze, zapalenie tętnicy, inne (jakie)?			
c)	choroby narządu trawienia, np.: owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, żółtaczka, zapalenie wątroby, chroniczna biegunka, inne (jakie)?			
d)	choroby układu moczowo-płciowego, np.: białkomocz, krwiomocz, choroby przenoszone drogą płciową, inne (jakie)?			
e)	choroby systemu nerwowego, np.: paraliż, zapalenie opon mózgowych, epilepsja, inne (jakie)			
f)	choroby psychiczne, np.: załamanie nerwowe, stany depresyjne, próby samobójcze, inne (jakie)?			
g)	choroby krwi, gruczołów i śledziony, np.: anemia, powiększone gruczoły, hemofilia, inne (jakie)			
h)	choroby endokrynologiczne i metaboliczne, np.: cukrzyca, dna, schorzenia tarczycy, inne (jakie)?			
i)	choroby kości i stawów, np.: artretyzm, schorzenia reumatyczne, inne (jakie)?			
j)	choroby skóry, np.: usunięcie pieprzyków, łuszczyca, inne (jakie)?			
k)	choroby zakaźne, np.: gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby, nawracające infekcje, inne (jakie)?			
l)	choroby pasożytnicze i grzybicze, np.: malaria, choroba motyliczna, drożdżycza, inne (jakie)?			
m)	choroby narządów zmysłów, zaburzenia zmysłu wzroku i słuchu, np.: krótkowzroczność, głuchota, inne (jakie)?			
n)	choroby ginekologiczne (jakie)?			
o)	choroby nowotworowe lub inne, niewymienione powyżej (jakie)?			
16	Czy w najbliższym czasie będzie Pan/i musiał/a poddać się leczeniu szpitalnemu lub przejść badania lekarskie? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakich powodów.			
17	Czy musi Pan/i poddać się operacji chirurgicznej? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakiej przyczyny.			
18	Czy często używa Pan/i leków przeciwbólowych, zwalczających zmęczenie, nasennych, antybiotyków, uspokajających? Jeżeli TAK, proszę podać jakich, jak często i dlaczego.			
19	Czy przyjmuje Pan/i obecnie jakieś leki? Jeżeli TAK, proszę podać jakie, od kiedy i w jakiej dawce.			

Jeżeli udzielił/a Pan/i pozytywnej odpowiedzi na pytanie nr 1 niniejszego kwestionariusza, proszę wypełnić poniższą tabelę:

Jeśli żyje		Jeśli nie żyje	
	wiek	zgon w wieku	data i dokładna przyczyna zgonu
Ojciec			
Matka			
Brat / bracia			
Siostra/y			

