

شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلتة)

تقرير الفحص الطبي السري

رقم البوليصه:		اسم المؤمن عليه بالكامل		1.
علامات التعريف				
محيط البطن (بالسم) (فوق السرة)		الوزن (بالكجم) (بملايس خفيفة)		2.
الشهيق بالكامل (بالسم)		الزفير الكامل (بالسم)		
انقباضي		انقباضي		
		ضغط الدم		
		معدل النبض (نبضة في الدقيقة)		
		القراءة الأولى		
		القراءة الثانية		
3. هل المظهر العام صحي؟				
4. التأكد من المؤمن عليه ما إذا كان قد سبق له/لها أن:				
I. أدخل المستشفى				
II. تعرض لحادث؟				
III. خضع لأي فحوصات إشعاعية أو قلبية أو باثولوجية أو أي فحوصات أخرى؟				
IV. يخضع لأي علاج حالياً؟				
إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة التسعة التالية من (5 إلى 13) ب"نعم" توضح إعطاء التفاصيل الكاملة.				
5. هل هناك أي خلل في الجهاز القلبي الوعائي؟				
6. هل هناك أي تورم في المفاصل أو تضخم في الغدة الدرقية أو الغدد اللمفاوية أو أي ندبات من (الجراحة السابقة)؟				
7. هل هناك أي خلل تم اكتشافه عند فحص الفم أو الأذن أو الأنف أو الحنجرة أو العينين؟				
8. هل هناك عمى جزئي/كلي أو أي ضعف جسدي آخر؟				
9. هل هناك أي أعراض أو علامات تشير إلى وجود خلل أو إصابة بالجهاز التنفسي؟				
10. هل هناك أي دليل على تضخم الكبد أو الطحال؟				
11. هل هناك أي خلل في البطن أو خلل في الحوض؟				
12. هل الفتق ما زال موجوداً؟				
13. هل هناك أي دليل على مرض الجهاز العصبي المركزي أو المحيطي؟				
14. هل هناك أي دليل أو علامة على إجراء أي عملية جراحية؟ إذا كان الأمر كذلك، حدد				
(أ) العام الذي أجريت فيه العملية				
(ب) طبيعتها وسببها				
(ج) موقعها وحجمها وحالة الندبة				
(د) درجة التدهور، إن وجدت				

	<p>15. هل هناك أي دليل على الإصابة بسبب حادث أو غير ذلك؟ إذا كان الأمر كذلك، حدد</p> <p>أ. العام الذي حدثت فيه الإصابة</p> <p>ب. طبيعة الإصابة</p> <p>ج. درجة التدهور، إن وجدت</p> <p>د. مدة فقدان الوعي في حالة الإصابة في الرأس</p>	<p>15.</p>
	<p>16. هل هناك أي سمة سلبية أخرى في الصحة أو عادة في الماضي أو الحاضر، والتي ترى أنها ذات صلة؟ إذا كان الأمر كذلك، حدد التفاصيل.</p>	<p>16.</p>
	<p>17. خاص بالسيدات فقط:</p> <p>أ) هل يوجد أي مرض في الثدي؟</p> <p>ب) هل هناك أي دليل على الحمل؟</p> <p>ج) هل تشك في وجود أي مرض في عنق الرحم أو المبيض؟</p> <p>إذا كان الأمر كذلك، حدد المدة</p>	<p>17.</p>
<p>أقرّ بموجبه بأنني، في هذا اليوم، فحصت المؤمن عليه المذكور أعلاه بشكل شخصي وخاص وسجلت بخط يدي (1) النتائج الفعلية والصحيحة، (2) الإجابة على السؤال رقم 4، وفقاً لما تأكدت منه من خلال المفحوص.</p> <p>كما أقر بأن الشخص المفحوص قد وقع (وضع بصمة الإبهام) في المساحة المخصصة أدناه، في حضوري وأنتي لست على صلة به أو بالوكيل.</p> <p>تحريراً في يوم ----- من شهر ----- 20----- في تمام الساعة ----- ص/م.</p> <p>توقيع المؤمن عليه</p> <p>توقيع الطبيب القائم بالفحص</p>		
<p>اسم وعنوان الطبيب القائم بالفحص</p>	<p>قدمه:</p> <p>الاسم والعنوان</p> <p>الوظيفة</p> <p>التوقيع</p>	