



HỒ SƠ CHĂM SÓC SỨC KHỎE

*(Dành cho khách hàng tham gia Bảo hiểm Nhân thọ
áp dụng đối với Người được kiểm tra sức khoẻ trên 12 tuổi)*

Cơ sở Y tế :.....

Họ tên Khách hàng:.....

Năm 2016

GIẤY YÊU CẦU KIỂM TRA SỨC KHỎE

I. NGƯỜI ĐƯỢC YÊU CẦU KIỂM TRA :

1. Họ và tên:.....Giới tính:.....
2. Ngày, tháng, năm sinh:.....
3. Số CMND/ Hộ chiếu/ Giấy khai sinh..... cấp ngày...../...../.....tại.....

II. NGƯỜI ĐẠI DIỆN THEO PHÁP LUẬT (đối với trường hợp người được KTSK dưới 18 tuổi):

1. Họ và tên:.....Giới tính:.....
2. Số CMND/ Hộ chiếu.....cấp ngày...../...../.....tại.....
3. Quan hệ với Người được kiểm tra:.....

III. NỘI DUNG YÊU CẦU KIỂM TRA :

Ghi nhận thông tin về tiền sử liên quan đến Người được yêu cầu kiểm tra.
Thực hiện kiểm tra theo các nội dung có dấu “✓” trong cột yêu cầu dưới đây.

TT	Nội dung khám, xét nghiệm	Yêu cầu	TT	Nội dung khám, xét nghiệm	Yêu cầu
1	Khám Y khoa		21	CA215	
2	Xét nghiệm nước tiểu		22	HBA1C	
3	Điện tâm đồ		23	Nội soi:.....	
4	Siêu âm:		24	Test Morphin	
5	Cholesterol (mỡ máu)		25	Điện não	
6	Triglyxerit (mỡ máu)		26	Nội soi	
7	SGOT (ASAT), SGPT (ALAT), GGT (men gan)		27	X- quang	
8	Glucose (đường máu)		-	X- quang dạ dày	
9	Creatinine, Urea		-	X- quang sọ não	
10	HBsAg, HBeAg (viêm gan B)		-	X- quang cột sống	
11	HIV		-	X- quang thận	
12	AFP		-	X- quang mạch máu	
13	PAP (nữ)		-	X- quang xương khớp	
14	X- quang tim, phổi		-	X- quang gan mật	
15	LDL - G, HDL - G		28	Nội dung khác	
16	Xét nghiệm công thức máu				
17	Axit Uric (đạm máu)				
18	Bilirubin (toàn phần, trực tiếp)				
19	Protein toàn phần, Albumine (đạm máu)				

Chi tiết nội dung cần kiểm tra thêm:.....

Tổng số nội dung yêu cầu kiểm tra:.....

* **Ghi chú:** Đề nghị Bác sỹ khi thực hiện kiểm tra sức khỏe tiến hành đối chiếu số Chứng minh nhân dân/ hộ chiếu/ Giấy khai sinh của Người được kiểm tra và Người đại diện theo pháp luật của Người được kiểm tra (đối với trường hợp Người được kiểm tra dưới 18 tuổi).

Ngày.....tháng.....năm

TL. GIÁM ĐỐC
Trưởng phòng Dịch vụ khách hàng

I. NỘI DUNG TIỀN SỬ LIÊN QUAN ĐẾN NGƯỜI ĐƯỢC KIỂM TRA.

- Các thông tin về tiền sử liên quan đến Người được kiểm tra sức khỏe theo yêu cầu của Bảo Việt Nhân thọ do Người được kiểm tra hoặc Người đại diện theo pháp luật của Người được kiểm tra (trong trường hợp Người được kiểm tra dưới 18 tuổi) cung cấp theo các câu hỏi được liệt kê dưới đây (tích “✓” vào cột trả lời “CÓ” hoặc “KHÔNG” và trả lời chi tiết trong trường hợp có câu hỏi trả lời “CÓ”, ghi lại các chi tiết vào cột số 5):

TT (1)	Câu hỏi (2)	Trả lời		Thông tin chi tiết (nếu trả lời có) (5)
		Không (3)	Có (4)	
1	Đã từng hoặc đang nghiện thuốc lá, nghiện rượu, bia không? Mức độ?			
2	Đã bao giờ dùng thuốc gây nghiện (ma túy) chưa?			
3	Có bị dị tật hoặc bệnh bẩm sinh từ nhỏ không? (bệnh tim bẩm sinh...)			
4	Đã từng phải nằm viện điều trị chưa? Khi nào? Lý do? Đợt nằm viện dài nhất là bao lâu? Điều trị nội khoa hay ngoại khoa?			
5	Có kiểm tra huyết áp hàng năm không? Chỉ số huyết áp lúc cao nhất là bao nhiêu?			
6	Có bị mắc bệnh nghề nghiệp không? (bụi phổi, nhiễm độc hoá chất...)			
7	Đã từng làm xét nghiệm về bệnh da liễu chưa? (bệnh lậu, giang mai, AIDS..)			
8	Có bị mắc bệnh truyền nhiễm không? (Viêm gan, lao phổi...)			
9	Có thấy nổi hạch bất thường hoặc có u, bướu ở đâu không?			
10	Đã bao giờ bị tai nạn chưa? Hậu quả? Di chứng? Giám định thương tật?			
11	Đã từng bị đau tức ngực hoặc cơn đau thắt ngực không? Khi nào? Mức độ?			
12	Đã từng bị ngất hoặc khó thở không? Khi nào? Mức độ?			
13	Đã từng bị xuất huyết bất thường không? (xuất huyết dưới da, xuất huyết tiêu hoá, chảy máu cam?)			
14	Đã bao giờ bị truyền máu hoặc cho, bán máu không?			
15	Có bị mắc bệnh di truyền nào không?			
16	Có ai trong gia đình bị chết hay mắc bệnh: Lao, viêm gan, ung thư, tâm thần, các bệnh di truyền hay liên quan đến AIDS... không?			

***Cam kết của Người được kiểm tra/Người đại diện theo pháp luật:**

- Tôi, người ký tên dưới đây đã đọc và đồng ý với toàn bộ nội dung trên. Mọi thông tin tôi đã cung cấp cho Cơ sở Y tế theo yêu cầu của Bảo Việt Nhân thọ là hoàn toàn đầy đủ, đúng sự thật và các thông tin này được coi là thông tin bổ sung cho Giấy yêu cầu bảo hiểm liên quan /

Ngày.....tháng.....năm

Người được kiểm tra/ Người đại diện theo pháp luật
(Ký và ghi rõ họ tên)

II. KẾT QUẢ KHÁM.

Chiều cao:cm,

Cân nặng:kg,

Mạch:lần/phút,

Huyết áp: mmHg

Tim mạch:.....

Hô hấp:

Tiêu hoá:.....

Sinh dục, tiết niệu:.....

Xương khớp:

Thần kinh:.....

Mắt: Thị lực mắt trái:..... Thị lực mắt phải:

Các bộ phận khác (Tai mũi họng, Răng hàm mặt, Da liễu, Truyền nhiễm, Phụ khoa, Nội tiết):

III. KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM VÀ CÁC KỸ THUẬT CHẨN ĐOÁN KHÁC.

IV. KẾT LUẬN CỦA CƠ SỞ KIỂM TRA SỨC KHỎE.

V. TỔNG CHI PHÍ KIỂM TRA SỨC KHỎE.....

* Ghi chú:

- Đề nghị Bác sỹ khi thực hiện kiểm tra sức khoẻ tiến hành đối chiếu Chứng minh nhân dân/hộ chiếu/Giấy khai sinh của Người được kiểm tra và Người đại diện pháp luật của Người được kiểm tra (đối với trường hợp Người được kiểm tra dưới 18 tuổi).
- Nếu cần bổ sung các kỹ thuật khác để có chẩn đoán xác định trước khi kết luận về tình trạng sức khoẻ của Người được khám, đề nghị Bác sỹ ghi rõ nội dung cần làm và thông báo cho Bảo Việt Nhân thọ.

Xác nhận của Cơ sở y tế
(Ký tên và đóng dấu)

Ngày.....tháng.....năm

Ý kiến của cán bộ Bảo Việt Nhân thọ
(Cán bộ ĐGRR)
(Ký và ghi rõ họ tên)