



# KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

## MODUŁ LECZENIE POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ ZA GRANICĄ – BEST HELP/

### HEALTH QUESTIONNAIRE

### TREATMENT OF CRITICAL ILLNESSES ABROAD MODULE – BEST HELP

Nazwisko/ Surname: \_\_\_\_\_ Imię/ Name: \_\_\_\_\_

PESEL/ Personal ID No: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data urodzenia/ Date of birth: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Płeć/ Sex:  Kobieta/ Female  Mężczyzna/ Male

Nazwa Pracodawcy/ Employer: \_\_\_\_\_

Czy jest Pan/Pani obecnie lub w ciągu ostatnich 10 lat był Pan/Pani pod opieką szpitala lub poradni bądź specjalisty medycyny w zakresie leczenia, kontynuacji opieki, monitorowania lub analizy diagnostycznej potencjalnych objawów\* dowolnej z poniższych chorób: (Tak/Nie)  
*Are you currently or have you in the last 10 years been under the care of a hospital or clinic or medical specialist for treatment, follow-up, monitoring or diagnostic analysis of potential symptoms\* for any of the following conditions: (Yes/No)*

L.p.	Pytanie/ Question	Tak/ Yes	Nie/ No
1	rak lub dowolny rodzaj złośliwego guza, w tym choroba Hodgkina; / <i>cancer or any type of malignant growth including Hodgkin's disease;</i>		
2	dowolny rodzaj guza lub torbieli w mózgu, czaszce lub rdzeniu kręgowym; / <i>any kind of tumour or cyst within the brain, skull or spinal cord;</i>		
3	białaczka lub każda choroba krwi wymagająca leczenia przez okres przekraczający jeden miesiąc (na przykład niedokrwistość, chłoniak, szpiczak, zaburzenia krzepnięcia, hemofilia lub zaburzenia krzepnięcia pochodzenia naczyniowego); / <i>leukaemia or any blood disorder needing treatment over a period of more than one month (for example anaemia, lymphoma, myeloma, coagulation disorders, haemophilia or vascular bleeding disorders);</i>		
4	wszelkie rodzaje stanów przednowotworowych i raka w miejscu, w tym między innymi stany przednowotworowe piersi / ginekologiczne lub prostaty; / <i>any pre malignant or in-situ cancers including but not limited to breast / gynaecological, bladder or prostate pre malignant conditions</i>		
5	wszelkie formy chorób serca (na przykład zawał serca, dusznica bolesna, kardiomiopatia, choroby zastawek serca, szmery serca lub gorączka reumatyczna; można udzielić odpowiedzi NIE w przypadku leczenia wyłącznie z powodu wysokiego ciśnienia krwi lub wysokiego poziomu cholesterolu); / <i>any form of heart disease (for example heart attack, angina, cardiomyopathy, heart valve disorders, heart murmurs or rheumatic fever; you can answer NO if you are being treated only for high blood pressure and/or high cholesterol);</i>		
6	udar mózgu lub wylew do mózgu; / <i>stroke or bleeding into the brain;</i>		
7	wszelkie formy cukrzycy; / <i>any form of diabetes.</i>		

(\* Jeśli oczekują Państwo aktualnie wyników badań diagnostycznych, prosimy odczekać do czasu otrzymania wyników, by móc odpowiedzieć na pytanie zgodnie ze stanem faktycznym i dokładnie. /  
 (\*) If you are currently waiting for the results of diagnostic tests please note you should wait to receive the results in order to be able to effectively and accurately answer the question.

### Oświadczenie końcowe / Final statement

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez LMG Försäkrings AB SA moich danych osobowych szczególnej kategorii zawartych w niniejszym kwestionariuszu, w szczególności dotyczących stanu mojego zdrowia oraz moich nałogów, na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania umowy ubezpieczenia. /  
*I hereby consent to the processing special categories of my personal data by LMG Försäkrings AB SA, included in the present form, in particular data concerning health and my habits for the purpose to assess insurance risk prior to the conclusion of an insurance agreement and to process this data for the purpose to perform the insurance agreement.*

Oświadczam, że wypełniając dobrowolnie niniejszy kwestionariusz, w sposób pełny i zgodny z prawdą wykorzystałem/am posiadaną przeze mnie wiedzę dotyczącą stanu mojego zdrowia. /  
*I hereby confirm that I completed this form voluntarily and all of the information on my health status provided above is complete and true.*

Przyjmuję do wiadomości, że LMG Försäkrings AB SA (art. 834 KC) może być zwolnione z obowiązku wypłaty świadczeń określonych warunkami umowy, w przypadku podania przeze mnie danych nieprawdziwych, niepełnych. /  
*I acknowledge that should I withhold information or provide untrue information, LMG Försäkrings AB SA may be exempt from the obligation to pay damages specified in the agreement (Article 834 of the Civil Code).*

\_\_\_\_\_  
Data/ Date

\_\_\_\_\_  
Miejscowość/ City

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby wypełniającej kwestionariusz/  
Signature of the person completing the questionnaire