

Vakuutusnumero

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nimi

Henkilötunnus

Tärkeää tietoa vakuutuksen hakijalle ja lääkärille

Tämä lääkärinlausunto sisältää

- Ohjeita vakuutuksen hakijalle
- Ohjeita lääkärille

Ohjeita vakuutuksen hakijalle

Tässä lääkärinlausunnossa oleva ja muissa terveys selvityslomakkeissa annettu tieto muodostaa pohjan terveydentilan arvioinnille vakuutushakemustasi varten.

Tutkivilla lääkäreillä tulee olla suomalainen toimilupa. Kysy sairaanhoitajalta, kuinka kauan sinun tulee paastota ennen tutkimusta kun varaat aikasi.

Ota tämä asiakirja mukaasi ja anna se tutkivalle lääkärille.

Tutkiva lääkäri lähettää lääkärinlausuntosi ja testien tulokset SEB Life Internationalille.

Ohjeita tutkiville lääkäreille

Tässä lääkärinlausunnossa oleva ja muissa terveys selvityslomakkeissa annettu tieto muodostaa pohjan terveydentilan arvioinnille vakuutushakemusta varten. Jotkut tutkimukset ja näytteet on tehtävä tämän tutkimuksen aikana, katso sivu 4.

Pyydämme lääkäriä olemaan antamatta lausuntoa vakuutuksen hakijalle tai yhtiön edustajalle mahdollisesta huomioiden merkittävyydestä vakuutuksen näkökulmasta.

Tutkivan lääkärin ja vakuutuksen hakijan ei tulisi olla läheisesti sukua toisilleen tai sellaisessa suhteessa toisiinsa, joka voisi luoda eturistiriidan.

Lausunto ja testitulokset tulisi lähettää mahdollisimman pian alla olevaan osoitteeseen.

SEB Life International, Bloodstone Building, Riverside IV, Sir John Rogerson's Quay, Dublin 2, Ireland.

Tutkiva lääkäri täyttää. Ei voida täyttää lyijykynällä.

1	Kuinka olet tunnistanut potilaan henkilöllisyyden?	
2	Tunnetko potilaan? Kuinka kauan?	
3	Potilaan yleinen tila. Kehon viat, fyysinen tai henkinen vamma, mukaan lukien kehitysvamma. Kuvaile tilaa tutkimuksen aikana	
4	Potilaan pituus ja paino tutkimuksen aikana	cm kg
	Onko potilaan paino muuttunut (>5 kg) viimeisen kahden vuoden aikana? Mikäli kyllä, ilmoita muutos	
5	Onko fyysinen tutkimus paljastanut keuhkojen pahanlaatuista muutosta? Mikäli tiedät edellisten tutkimusten tulokset, ilmoita tässä.	
6	Sydämen syke ja taajuus.	Sydämenlyönnin luonne (sävyt)
	Onko havaittavissa merkkejä tai oireita sydänkudoksesta tai muusta sydänsairaudesta?	
	Onko syytä epäillä orgaanista sydänsairautta?	
	Ilmoita nykyinen tai aikaisempi hoito tai lääkitys.	
	Mikäli tiedät edellisten EKG:n tai CT:n tai muun sydäntutkimusten tulokset, ilmoita tässä.	
7	EKG-tutkimus levossa (12 johtoa). Liitä EKG lääkärinlausuntoon.	<input type="checkbox"/> Normaali EKG <input type="checkbox"/> Patologisia poikkeumia
8	Verenpaine, systolinen ja diastolinen, sekä syke. <i>(Mikäli verenpaineen nousun epäillään olevan tilapäinen, uusi tarkistus tehdään 5 minuutin lepoajan jälkeen tai toisena päivänä. Jos verenpaine on kohonnut ylipainoisella henkilöllä, jolla on leveät käsivarret, uusi mittaus tehdään käyttämällä leveää mansettia.)</i>	Verenpaine yläpaine _____ mm Hg alapaine _____ mm Hg
	Mikäli potilas käyttää verenpainelääkitystä, ilmoita tässä mitä, millaisella annoksella ja kuinka kauan lääkettä on käytetty.	syke
	Mikäli tiedät edelliset verenpaineen mittaustulokset ja mahdollisen hypotension hoidosta, ilmoita tässä.	
9	Onko havaittavissa merkkejä perifeerisen verisuonijärjestelmän eroosiosta tai muista sairauksista?	
10	Virtsat:	
	a) Proteiini? <i>(Mikäli ortostaattista proteinuriaa epäillään, myös aamu-virtsaa on tutkittava).</i>	
	b) Glukoosi?	
	c) Sedimentin patologinen tulos? <i>(Suoritetaan aina, mikäli virtsateiden sairautta voidaan epäillä, tai on ollut kahden viime vuoden aikana).</i>	

11 Onko havaittavissa maksan tai pernan laajenemista tai muita oireita vatsan alueen taudeista? Tyrä? Leikkausarvet?	
12 Onko syytä epäillä sairaustiloja maitorauhasissa, sukupuolielimissä tai vatsassa?	
13 Onko havaittavissa näköhäiriöitä? Mikäli on, niin missä määrin? Mikäli silmissä on vähintään kuuden dioptrian myopiaa, ilmoita dioprit tässä? Onko havaittavissa merkkejä progressiivisesta silmäsairaudesta?	
14 Onko havaittavissa kuulon häiriöitä? Mikäli on, mitä ja missä määrin?	
15 Onko muissa aisteissa häiriöitä?	
16 Onko havaittavissa pahalaatuisia ihon muutoksia?	
17 Ovatko imusolmukkeet turvonneet?	
18 Onko havaittavissa selän, jalkojen, nivelien, lihasten tai jänteiden sairautta tai kiputilaa?	
19 Onko syytä epäillä: a) Sairautta hermostossa? b) Mielen terveystilaa? c) Alkoholien, unilääkkeiden, huumeiden, dopingvalmisteiden tai vastaavien väärinkäyttöä nyt tai aiemmin?	
20 Onko havaittavissa olosuhteita tai oireita, jotka voivat liittyä HIV-infektioon, AIDS:iin liittyviin sairauksiin tai AIDS:iin (<i>Sisältäen riskialttiuden, aikaisemman hepatiitti B:n, syfiliksen tai muut sukupuoliteitse tarttuvat taudit, amebiasis, toistuvat epäselvät tulehdukset, pitkäaikainen ripuli, runsas laihuminen, yöhikoilu, selittämätön kuume, turvonneet imusolmukkeet, sienisairaudet, ihon tai kynsien muutokset</i>).	
21 HIV- testin tulos?	<input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Positiivinen
	HIV-testin päivämäärä:
22 Tiedätkö jotain potilaan terveydentilasta, jota edelliset kysymykset eivät ole kattaneet?	
23 Potilaan terveydentilan yhteenveto.	
24 Katsotteko, että lisätutkimuksia tarvitaan? Mikäli tarvitaan, mitä?	
25 Katsotteko potilaan terveeksi?	

Vakuutetun suostumus

Vakuutan, että olen lukenut vastaukset yllä ja koen, että ne ovat linjassa antamieni vastausten kanssa. Vakuutan myös, että yllä mainittu tieto ja vastaukset ovat totta ja etten ole jättänyt kertomatta seikkoja kyselyyn liittyen. Tunnistan, että minulta kysytyt tiedot on perustavaa laatua olevaa ja tarpeellista SEB Life Internationalin vakuutusriskin arviointia varten.

Ilmoitan suostuvani siihen, että minua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveydenhuollon yksiköt mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt ja vakuutus- ja eläkelaitokset antavat tämän hakemuksen ja mahdollisen korvaushakemuksen käsittelyä varten tarvittavia terveydentilaani koskevia tietoja SEB Life Internationalille. Suostun siihen, että SEB Life International, itse tai sen puolesta toimiva henkilö, antaa tietojani toisille ihmisille tai laitoksille teknisiä, tilastollisia, vakuutus- tai jälleenvakuutusvaatimuksia varten.

Vakuutetun allekirjoitus (*Allekirjoitettu tutkivan lääkärin läsnä ollessa*)

Vahvistan, että olen vastannut esitettyihin kysymyksiin parhaan kykyni mukaan.

X

Nimenselvennys	Paikka	Päivämäärä
----------------	--------	------------

Toimiluvallisen lääkärin allekirjoitus

Allekirjoitus

X

Nimenselvennys tai leima	Paikka	Päivämäärä
--------------------------	--------	------------

Yrityksen nimi ja osoite

Vakuutuksenantajan huomiot

Tutkimukset ja näytteenotot tehtäväksi

Lääkärintarkastusta täydennetään seuraavasti:

Lepo-EKG

Sydämen ultraääni

HIV-testi

Hepatiitti

Veren tila, EPK, EVF, LPK, TPK, MVC, MCH, MCHC

Kolesteroli

HDL-kolesteroli

FP-LDL-kolesteroli

FP-triglyseridi

Kreatiini

ASAT

ALT

ALP

Bilirubiini

Gamma-GT

CDT

CRP

PSA 55 vuotta täyttäneille miehille

HbA1c

Virtsanstatus

Pfeiff pisteet tai vastaava kognitiivinen testi yli 65-vuotiaille

On tärkeää, että lääkärinlausunto ja testitulokset lähetetään samanaikaisesti alla olevaan osoitteeseen.

SEB Life International, Bloodstone Building, Riverside IV, Sir John Rogerson's Quay, Dublin 2, Ireland.

Postiosoite: SEB Life International,
Bloodstone Building, Riverside IV, Sir
John Rogerson's Quay, Dublin 2, Irlanti.
Asiakaspalvelu: +358 (0)800 9 0805
(maksuton numero Suomessa)
Sähköposti: life.finland@seb.fi
Vaihde: +353 1 487 07 00
Faksi: +353 1 487 07 04

Nimellä SEB Life International kauppaa käyvän SEB Life International Assurance Company Designated Activity Company toimintaa säätelee Irlannin keskuspankki. Rekisteröity Irlannin tasavallassa. Rekisteröity toimisto: SEB Life International, Bloodstone Building, Riverside IV, Sir John Rogerson's Quay, Dublin 2, Irlanti. Rekisteröintinumero 218391. Historiallinen kehitys ei ole luotettava osoitus tulevasta kehityksestä. Sijoituksen arvo voi laskea tai nousta. Tietojen oikeellisuus perustuu tammikuu 2018 tilanteeseen. Oikeus muutoksiin pidätetään.