

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. אם לא יענו באופן מלא וכנה, תוכל להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. חתימתי למטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

2. שאלון אף-אוזן-גרון

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום באף / או באוזן / או בגרון?

<input type="checkbox"/> שקדים	<input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה
<input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח?	<input type="checkbox"/> בבקשה לציין מה הגורם:
<input type="checkbox"/> דלקות גרון חוזרות (יותר מ-4 בשנה)	<input type="checkbox"/> פציעה/מום מולד
<input type="checkbox"/> שקד שלישי (אדנואידים)	באיזו אוזן? <input type="checkbox"/> אוזן ימין <input type="checkbox"/> אוזן שמאל <input type="checkbox"/> שתי האוזניים
<input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח?	<input type="checkbox"/> גיל
<input type="checkbox"/> יבלות במיתרי הקול	<input type="checkbox"/> סיבה אחרת:
<input type="checkbox"/> פוליפ באף	<input type="checkbox"/> חירשות
<input type="checkbox"/> קונכיית מוגדלות	<input type="checkbox"/> בבקשה לציין מה הגורם:
<input type="checkbox"/> נחירות	<input type="checkbox"/> פציעה/מום מולד
<input type="checkbox"/> תסמונת דום נשימה בשינה (SLEEP APNEA)	באיזו אוזן? <input type="checkbox"/> אוזן ימין <input type="checkbox"/> אוזן שמאל <input type="checkbox"/> שתי האוזניים
<input type="checkbox"/> סינוסיטיס	<input type="checkbox"/> גיל
<input type="checkbox"/> האם היו התקפים ב-5 השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> סיבה אחרת:
<input type="checkbox"/> סטיית מחיצת אף	<input type="checkbox"/> חירשות
<input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח?	<input type="checkbox"/> בבקשה לציין מה הגורם: <input type="checkbox"/> דלקת <input type="checkbox"/> פציעה
<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> נזלים באוזניים / דלקות אוזניים חוזרות (יותר מ-2 דלקות בשנה)	נוירומה אקוסטיית (גידול בעצב השמע)
<input type="checkbox"/> מתי היה האירוע האחרון, תאריך:	<input type="checkbox"/> קולטת התוף
<input type="checkbox"/> האם עדיין סובלת/מנוזלים ו/או דלקות אוזניים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> קרע בעור התוף
<input type="checkbox"/> האם קיימת היום ירידה בשמיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> בבקשה לציין מה הגורם: <input type="checkbox"/> דלקת <input type="checkbox"/> פציעה
<input type="checkbox"/> ניתוח כפתורים באוזניים	<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> האם עדיין סובלת/מנוזלים ו/או דלקות אוזניים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> נירומה אקוסטיית (גידול בעצב השמע)
<input type="checkbox"/> האם קיימת היום ירידה בשמיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> קולטת התוף
	<input type="checkbox"/> תופעה/בעיה אחרת הקשורה לאף-אוזן-גרון*

***בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:**

.....

.....

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

ת.ז של הורה (במקרה של קטין)

שם ההורה (במקרה של קטין)



dt2420