

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ХҮСЭЛТ

ДААТГУУЛАХ ХҮСЭЛТ ГАРГАГЧ нь доорх мэдээллийг үнэн зөв бөглөх бөгөөд мэдээллийг дутуу, худал мэдүүлсэн тохиолдолд таны даатгалд хамрагдах эрх цуцлагдах, даатгагдсаны дараа нөхөн төлбөр олгохоос татгалзаж болзошгүйг анхаарна уу.

ХҮСЭЛТ ГАРГАГЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ				
Овог:	Нэр:			
Төрсөн огноо: Он/сар/өдөр	Регистрийн Дугаар:	<input type="checkbox"/> Эрэгтэй	<input type="checkbox"/> Эмэгтэй	
Иргэншил:				
Оршин суугаа гэрийн хаяг:				
Улс:	Хот:			
Цахим шуудангийн хаяг*:	Холбогдох Дугаар:			
Ажлын байр:	Албан тушаал:	Ажлын байрны нөхцөл:		
ДААТГАЛД ХАМРАГДАХ ГЭР БҮЛИЙН ГИШҮҮДИЙН МЭДЭЭЛЭЛ				
Овог	Нэр	Регистрийн дугаар	Хүйс	Таны хэн болох?
ДААТГУУЛАГЧИЙН СОНГОСОН БАГЦ /Даатгалын багцаас сонгон, тэмдэглэнэ үү/				
БАГЦ:	ДААТГАЛ ҮЙЛЧЛЭХ БҮС НУТАГ:			
.....	Монгол Улс			

Даатгалын хамгаалалт эхлүүлэхийг хүссэн огноо: / ____ / ____ / ____ /

ТАНЫ ХУВИЙН НУУЦЫГ ХАДГАЛАХ: Даатгалд хамрагдах хүсэлт гаргасан таны эрүүл мэндийн талаарх болон бусад мэдээллийг ажил үүргийн дагуу зөвшөөрөгдсөн албан тушаалтан, даатгуулагчийн итгэмжлэгдсэн этгээд, хуулийн дагуу зөвшөөрөгдсөн эрх бүхий этгээд үзэж танилцахаас бусад тохиолдолд нууцыг чандлан хадгалах үүргийг даатгагч бүрэн хариуцна.

МЭДЭГДЭЛ

- ✓ Миний бие Монгол Даатгал ХК-ийн эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдахаар хүсэлт гаргаж байна
- ✓ Миний эрүүл мэндийн даатгалтай холбоотой мэдээллийг шаардлагатай тохиолдолд эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага, давхар даатгагч, даатгалын туслан гүйцэтгэгч байгууллагад өгөх, мэдээлэл солилцох эрхийг олгож байна
- ✓ Миний гэр бүлийн гишүүдээс даатгалд хамрагдах хүсэлт гаргах тохиолдолд миний бие тэдний өмнөөс төлөөлөх эрхтэй гэдгийг баталж байна
- ✓ Энэхүү өргөдөл дээр өгсөн мэдээлэл нь бүгд үнэн зөв гэдгийг би баталж байна

Гарын үсэг:

ОГНОО: Он/Сар/Өдөр:

Хүсэлт гаргасан газар:

.....

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АСУУЛГА

ДААТГУУЛАГЧИЙН ОВОГ НЭР (бүтнээр)

Төрсөн огноо: Он/сар/өдөр Биеийн өндөр: Биеийн жин:

ДААТГУУЛАХ ХҮСЭЛТ ГАРГАГЧ нь доорх мэдээллийг үнэн зөв бөглөх бөгөөд мэдээллийг дутуу, худал мэдүүлсэн тохиолдолд таны даатгалд хамрагдах эрх цуцлагдах, даатгагдсаны дараа нөхөн төлбөр олгохоос татгалзаж болзошгүйг анхаарна уу.

Та дараах асуултуудад үнэн зөв хариулна уу. Хэрэв ТИЙМ гэж хариулсан бол хүснэгтэд дэлгэрэнгүй мэдээллийг өгнө үү.

№	АСУУЛТ	Тийм	Үгүй	Үргэлжлэл .../			
1	Та сүүлийн 12 сарын дотор: a) Эрүүл мэндийн шалтгааны улмаас ажлын байраа өөрчилж байсан уу? b) Дараалсан 5 хоногоос дээш хугацаагаар ажлаасаа чөлөөлөгдөж байсан уу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	Бөөр, давсаг, шээсний сувгийн өвчнүүд, түрүү булчирхайн өвчин, шээсэнд цус болон уураг илрэх зэрэг шээсний замын болон нөхөн үржихүйн эрхтэн тогтолцооны өвчлөлүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Та жил бүр эрүүл мэндийн үзлэгт ордог уу? a) Хамгийн сүүлд хэзээ үзлэгт орсон бэ? b) Ямар нэгэн өвчний шинж тэмдэг илэрсэн үү?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G	Вирусын болон бактерийн шалтгаант холбогч эдийн өвчнүүд (Чонон хөрвөс, спондилоз, анкилоз, Шегроны хам шинж буюу хуурайших хам шинж гэх мэт)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Танд өмнө нь эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах хүсэлт гаргахад татгалзаж байсан тохиолдол бий юу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H	Экзема, альбинизм буюу меланин нөсөөний дутагдлын өвчин, лейкодерма буюу арьс алаглах өвчин, бүх төлрийн харшил, псориаз, арьсны үлд, арьсны хавдар зэрэг арьсны өвчнүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Эмэгтэйчүүд хариулна: a) Та одоо жирэмсэн үү? b) Төрөх хугацааг тодорхойлно уу? огноо: ... /... / ... c) Жирэмслэлтийн явц хэвийн үү?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	Харааны өөрчлөлт, нүдний даралт, харааны бусад эмгэгүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Та сүүлийн 5 жилийн хугацаанд эмчид үзүүлж зөвлөгөө авч, хэвтэн болон гадуур эмчлүүлж, эмийн эмчилгээ, мэс засал, онош тогтоолгох шинжилгээ хийлгэсэн үү?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J	Сонсголын бэрхшээл, чихний үрэвсэл, Меньерийн хам шинж (тэнцвэр адлагдах) зэрэг сонсох эрхтний өвчнүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Та одоогийн байдлаар эмчийн жорын дагуу эсвэл эмчийн жоргүй эм тариа хэрэглэж байгаа юу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	Уруул тагнайн сэтэрхий, хурхирах, чамархай завьжны холбоосын өвчин зэрэг амны хөндийн эрхтнүүдийн өвчин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Та одоогийн байдлаар эмчилгээ хийлгэж байгаа юу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	ХДХВ/ДОХ бэлгийн замын халдварт өвчнүүд, халуун орны халдварт өвчнүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Танд зайлшгүй хийлгэх шаардлагатай эсвэл хийлгэхээр төлөвлөж байгаа эмчилгээ, мэс засал, оношлогоо бий юу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	Эмэгтэйчүүд хариулна: умайн хортой, хоргүй хавдар, умайн дотор салстын зузаарал (гиперплази), үтрээний үрэвсэлт өвчин зэрэг эмэгтэйчүүдийн өвчлөлүүд, өндгөвчний үрэвсэлт өвчин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Та дараах спортын төрлүүдээр хичээллэдэг эсэх? Зорчигч тээврийн бус онгоцоор нисэх, шүхрээр буух, ууланд авирах, усанд шумбах, автомашин болон мотоциклоор уралдах болон бусад эрсдэлтэй спорт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	Булчин тулгуур эрхтэн тогтолцоо /яс, үе, нуруу, нугалам хоорондын жийргэвч, булчин, холбоос, шөрмөс г.м/-ны өвчлөлүүд: нуруу, хүзүү, мөрний үений үрэвсэл, хэрэх өвчин (ревматизм), сарвууны мэдрэлийн дарагдлын хам шинж болон бусад өвчлөлүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Та тамхи татах, согтууруулах ундаа, мансууруулах бодис хэрэглэх зуршилтай юу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	Гэмтлийн гаралтай бусад өвчнүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Та сүүлийн 10 жилийн хугацаанд дараах өвчлөлүүдээр өвдөж байсан уу? Хэрэв ТИЙМ бол тухайн өвчлөлийн доогуур зурж тэмдэглэн нэмэлт хүснэгтэд дэлгэрэнгүй мэдээллийг өгнө үү:			P	Удамшлын өвчнүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	Толгой таллаж өвдөх, толгой эргэх, уналт таталт (эпилепси), саажилт, мэдрэлийн судлын үрэвслүүд, сэтгэл гутрал, шизофрени, мэдрэлийн болон бусад сэтгэцийн өвчин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q	Өмнө дурдагдаагүй эд эрхтний үйл ажиллагааны алдагдал, доголлон, саажилт, хөгжлийн бэрхшээлүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Астма, архаг бронхит, уушгины хатгаа, уушгины архаг бөглөрөлт өвчнүүд, уушгины сүрьеэ зэрэг амьсгалын замын өвчлөлүүд, уушгины гялтан хальсны үрэвсэл	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R	Өмнө дурдагдаагүй эрхтэн тогтолцооны гажиг, дутуу хөгжлүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Зүрхний титэм судасны өвчнүүд, цусны даралт ихсэх, цусны эргэлтийн өөрчлөлтүүд, зүрхний шигдээс (инфакт), зүрхний гажиг, зүрх судасны дутагдал, зүрх дэлсэх, венийн судасны үрэвсэл (флебит), венийн судас өргөсөх, зүрх судасны бусад өвчнүүд, хоолойны ангинаас үүдэлтэй зүрхний өвчин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S	Өөрийгөө гэмтээх, амиа хорлохыг завдаж байсан эсэх	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Хиатус буюу өрцний ивэрхий, бусад ивэрхий, ходоод 12 нарийн бүдүүн нугалаа гэдэсний шархлаа, ходоод гэдэсний үйл ажиллагааны үрэвсэлт өвчнүүд, геморрой, шарлалт, элэгний үрэвсэл, элэгний хатуурал (церроз), элэгний В,С,D вирус, элэг цөс нойр булчирхайн бусад өвчнүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T	Та ХДХВ-ийн шинжилгээ өгч байсан уу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Чихрийн шижин, холестерол ихсэх, тулай, бамбай булчирхайн өвчин, дааврын өөрчлөлт, цус багадалт, цус бүлэгнэх өвчин болон бусад бодисын солилцооны өвчнүүд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U	Ямар нэгэн хортой болон хоргүй хавдраар оношлогдсон эсэх	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Та дээрх асуултуудад "ТИЙМ" гэж хариулсан бол дараах хүснэгтэд дэлгэрэнгүй мэдээлэл өгнө үү. Нэмэлт мэдээлэл хүснэгтэд багтахгүй бол тусдаа хуудас дээр мэдээллийг өгч хавсаргана уу.

Асуултын дугаар	Эмчилгээ, үйлчилгээ хийлгэсэн огноо	Эмчлэгч эмч, эмнэлгийн нэр, хаяг	Өвчний онош, эмчилгээ

МЭДЭГДЭЛ: Эрүүл мэндтэй холбоотой миний мэдээлэл нь үнэн, зөв болохыг би баталж байна. Эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах миний хүсэлтийг баталгаажуулахын тулд дээрх мэдээлэлтэй холбоотой эмчлэгч эмч, эмнэлгээс мэдээлэл авах эрхийг МОНГОЛ ДААТГАЛ ЖК-ийн холбогдох албан тушаалтанд миний бие олгож байна. Энэхүү мэдүүлгийн хуулбар нь эх хувьтай адил хүчинтэй байх болно.

Даатгуулагчийн гарын үсэг: Огноо: Газар: