

嚴重疾病及傷殘保障索償申請書第二部份(補充) — 心臟病/血管成形術

本報告必須由病者之主診醫生填寫。萬通保險國際有限公司不會負責填寫此報告之費用。

保單號碼	:	病人姓名	:
病人身份證號碼	:	病人年齡	:

1) 有關病者之心臟病，有否出現以下情況：

a) 病發的性質：

b) 首次病發之日期：

c) 請詳細說明徵狀和病症：

2) a) 有關心臟病之意外，患者是否有任何胸痛的歷史及或診斷任何因血液供應不足而導致部份心臟肌肉死亡之相關情況？請提供詳情。

b) 有否給予患者進行任何診斷測試，尤指心電圖/心臟酵素水平之驗血鑑定？請提供診斷測試之日期及正確斷症或選擇相對之方格結果。

日期

測試項目

測試結果

- ☐ 沒有作心電圖診斷
☐ 沒有心臟酵素水平升高之跡象

c) 是否有記錄顯示心電圖呈現一序列的變化包括 (ST Segment Depression) ST波段下降兩公釐或以上。

嚴重疾病及傷殘保障索償申請書第二部份(補充) — 心臟病/血管成形術

病人姓名：_____ 病人身份證號碼：_____

3) a) 患者曾否接受由心臟科專科醫生確定並必須進行手術之治療？請提供相關已進行之手術及日期。

b) 請提供心臟血管已進行手術之血管造影證據證明主要冠狀動脈的狹窄程度及其位置。

位置

狹窄程度

有否完成血管成形術

c) 請提供進行手術之醫院之醫院名稱及地址資料。

4) 病者是否有任何胸痛，高血壓，心絞痛或其他心血管疾病？如有，請詳列及提供出現相關病徵的時期：

日期/時段

狀況

確診病症

接受治療

5) 病者有否透露過往之健康狀況(包括任何)嚴重/慢性/先天性疾病之病史？如有，請詳列：

6) 其他補充：

本人現聲明本人曾提供治療予上述病者，就本人所知所信，上述的資料均為事實之全部，並確實無訛。

醫生簽署：_____

專業資格：_____

日期：_____

醫生姓名：_____

醫院/醫生蓋印：_____

聯絡電話：_____