

שם המועמד:	שם מספר זהות:	שם הסוכן:												
------------	---------------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שאלה	תשובה
1. מה סוג הסכרת, האם 1 או 2?	
2. מה מועד גילוי מחלת הסכרת? באיזה גיל?	
3. האם הינך מטופל בכדורים? אם כן, פרט שם ומינון	
4. האם הינך מטופל בדיאטה?	
5. האם הינך מטופל בזריקות / משאבות אינסולין?	
6. מה ערכי הגלוקוז? ?לאחר טיפול HbA1c מה ערכי (HbA1c נא לצרף תוצאות)	גלוקוז: HbA1c
7. האם קיימים או היו קיימים סיבוכי סוכרת כמפורט: א. בעיות כליות ו/או הפרעה בתפקודי כליות? ב. בעיות לב וכלי הדם, אירוע מוחי? ג. בעיות נוירולוגיות / מערכת העצבים? ד. זיהומים, נמק, פצע שלא נרפא? ה. בעיות עיניים וראיה?	

חתימה
מס' ת. זהות
שם המועמד / מבוטח
תאריך

חתימה _____ שם הסוכן/סוכנת הביטוח _____ תאריך _____

