

心律失常问卷

被保险人姓名	身份证/护照/军官证号码	投保单号码
--------	--------------	-------

1. 您第一次出现心律失常的症状是在什么时候？有哪些症状？

2. 发病程度
每次发作的持续时间 _____
发作次数和频度 _____
最近一次发作日期 _____
3. 何时，在哪家医院就诊？确切的诊断是什么？做过哪些检查（静息心电图、24小时动态心电图、运动心电图等），请注明时间、检查结果。

4. 是否接受过任何治疗？
 - a) 使用何种药物治疗？请详述具体药物名称及用法。

 - b) 最后一次接受治疗是在什么时间？ _____
 - c) 是否接受过其他类型的治疗（如电消融、电复律、人工心脏起搏等）

 - d) 是否进行过外科手术治疗？请注明具体日期及手术名称。

5. 是否因上述疾病住院诊治或无法工作？（如是，请详述就诊医院名称及住院日期）

本人谨此声明以上说明属实，并与其他告知事项一样，均构成贵公司之保险合同一部分。

投保人签署

被保险人签署（若为未成年人则由其法定监护人签名）

见证人签署

_____年____月____日 在_____签署