

# ለህክምና የመድሃኒት ሽፋን የሚውል የጤና ሁኔታ መግለጫ - በእስራኤል ለሚገኙ የውጪ ሀገር ዜጎች



ከጤና ሁኔታ መግለጫ ጋር ለማደግ ጣጠለው ለጤና መድሃኒት ሽፋን ፕሮፖዛል ጋር ተያይዞ የሚቀርብ ትኩረት ይሰጠው

ሀገር የኢንሹራንስ ድርጅት ኃ/የተ/የግ/ማ - ለውጪ ሀገር ሰራተኞች/ የቲሪስት ምድህን ሽፋን ቅርንጫፍ

3 አባ ሂሳብ ጎዳና, ፖ.ሳ.ቁ. 1951, ራማት ጋን 5211802, ፋክስ: 03-7348083 ኢሜይል: fax7930@harel-ins.co.il

## A የመድሃኒት አጭው የግል መረጃ

የፓስፖርት ቁጥር	የአያት ስም	የባለጉዳዩ ስም	የተውልድ ቀን	ጾታ <input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሴ	
<p>በጤና ሁኔታ መግለጫው ላይ ትክክለኛው መልስ ላይ የ "ህ" ምልክትን በመጠቀም ምላሽ ይስጡ። ለየትኛውም ጥያቄ ቢሆን "አዎ" ብለው ከመለሱ ካከመዎት ሃኪም ችግርዎን፣ የምርመራውን ውጤት፣ የታከሙበትን ሁኔታ እና አሁን ያሉበትን ሁኔታ የሚገልጽ የቅርብ ጊዜ የሆነ የምስክር ወረቀት አያይዘው ያቅርቡ።</p>					
<b>አጠቃላይ ጥያቄዎች</b>				<b>አዎ</b>	<b>አይደለም</b>
1.	በለጅት ስድስት ወራት ውስጥ 6 ኪ.ግ ወይም ከዚያ በላይ የሆነ ክብደት ቀንሰዎል? መልስዎ "አዎ" ከሆነ እባክዎትን ምክንያቱን ይግለጹ።				
2.	<input type="checkbox"/> ናርኮቲክስ ይጠቀማሉ ወይም ተጠቅመው ያውቃሉ? <input type="checkbox"/> መጠጥ ይጠጣሉ/ ለተከታታይ ጊዜያት አልኮል ጠጥተዎል (በቀን ከሁለት ጠርሙስ በላይ)?				
3.	<b>ምልክትን ወይም ህመምን የመመርመር ሂደት፣ ገና አልተጠናቀቀም፡</b> ከተዘረዘሩት የህመም ወይም የምርመራ ዓይነቶች ውስጥ ላለጅት 5 ዓመታት እስካሁንም ያልተጠናቀቁ እና የመጨረሻ ውጤት ያልተገለጸባቸው ህመሞች ውስጥ ነበሩ/ ወይም አስከባሪነት ያላቸው አሉ-ብዎት፡ ካተራይዜሽን፣ ቦን ማፒንግ፣ ኢኮካርዲዮግራፊ፣ MRI፣ CT፣ አልትራሳውንድ ( ) ባዮፕሲ፣ ሶክስት ብለድ፣ ኮሎኖስኮፒ፣ ጋስትሮስኮፒ (የተከታታይ የቅድመ ወሊድ ክትትል አካል አይደለም) (መልስዎ "አዎ" ከሆነ ከሃኪምዎ የተመረመሩበትን ምክንያት፣ የምርመራውን ውጤት፣ እና የመጨረሻውን ህክምና የሚገልጽ ምስክር ወረቀት ማቅረብ ይጠበቅብዎታል)።				
4.	በለጅት 5 ዓመታት ውስጥ የቀጽ ጥገና ተደርገዎታል ያውቃል ወይም እንዲያደርግ ተመክረው ያውቃሉ? እባክዎን ይግለጹልን።				
5.	በለጅት 5 ዓመታት ውስጥ አደጋ ተከሰታል ያውቃል? እባክዎን ለምን እንደተከተሉት፣ የተከሰተበትን ቀን እንዲሁም በአደጋው ምክንያት የደረሰበትን ጉዳት ይግለጹ።				
6.	በለጅት 5 ዓመታት ውስጥ ከ3 ቀናት በላይ በህመም ምክንያት በሆስፒታል ውስጥ ቆይተው ታከመው ያውቃሉ? በሆስፒታል የቆዩበትን ምክንያት እና የተደረገሎትን ህክምና ይግለጹ።				
7.	በለጅት 5 ዓመታት ውስጥ በተከታታይ መድከኒት ይወስዱ ነበር ወይም እንዲወስዱ ተመክረው ነበር? እባክዎትን ህክምና ያስፈለገው ችግርዎን፣ የተደረገሎትን ህክምና እና የታዘዘሎትን መድከኒት ለምን ያህል ጊዜ ሲወስዱ እንደነበር ይግለጹ?				
<b>ከታች ከተዘረዘሩት ህመሞች፣ ምልክቶች፣ ችግሮች ወይም ተዛማጅ በሆኑ ነገሮች ምርመራ አድርገው ያውቃሉ፡</b>					
8.	<input type="checkbox"/> የነርቭስ ሲስተም <input type="checkbox"/> ሰለብሮቫስኮላር አደጋ <input type="checkbox"/> የሚጥል በሽታ <input type="checkbox"/> መልቲፕል ስለሮሲስ <input type="checkbox"/> ፓራሊስስ <input type="checkbox"/> ከፊል (የመንቀሳቀሻ) ድክመት <input type="checkbox"/> ትሬሞር <input type="checkbox"/> መስኮላር ዲስትሮፒ ወይም ሌላ ለሞት የሚደርግ በሽታ <input type="checkbox"/> የፓርኪንሰንስ በሽታ። ከተጠቀሱት ውስጥ ለአንዱ ወይም ከአንድ በላይ ለሆኑት መልስዎ "አዎ" ከሆነ፣ ከሚከተሉት የአዕምሮ ሃኪም የቅርብ ጊዜ የሆነ ደብዳቤ ማቅረብ ይጠበቅብዎታል።				
9.	በስነ ልቦና፣ በአዕምሮ ወይም በቤተሰብ ሃኪም የአዕምሮ ህክምና ተደርገዎታል?				
10.	የዓይን እና የአይታ (የሌንስ ቁጥፋ ከ 7 በላይ ከሆነ የዓይን መነጽፈን ዓይነት ይግለጹ)				
11.	ስርዓት (ኦቶላሪንጎሎጂ)፡ <input type="checkbox"/> አፍንጫ <input type="checkbox"/> ጁሮ <input type="checkbox"/> ጉሮሮ				
12.	<input type="checkbox"/> ልብ <input type="checkbox"/> የደም ስሮች				
13.	<input type="checkbox"/> የደም አለመረጋጋት <input type="checkbox"/> ኮከጉሌሽን የጤና መዛባት				
14.	በለጅት 10 ዓመታት ውስጥ የህክምና ክብካቤ/የምግብ እንዲያገኙ የተነገርዎት ከባድ በሽታ አጋጥመዎታል፡ <input type="checkbox"/> የደም ግፊት <input type="checkbox"/> የስኳር በሽታ (ገስቴሽንል የስኳር ህመምን ጨምሮ) <input type="checkbox"/> ከፍተኛ የሆነ የቀባት/ኮሌስትሮል ክምችት <input type="checkbox"/> ሌላ ከባድ በሽታዎች				
15.	የታደረደድ ዕጢ				
16.	<input type="checkbox"/> አስም <input type="checkbox"/> ሳንባ ነቀርሳ <input type="checkbox"/> ከባድ የመተንፈሻ አካል ችግር <input type="checkbox"/> COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) <input type="checkbox"/> ኒውሞቶራክስ				
17.	<input type="checkbox"/> ሆድ <input type="checkbox"/> አንጃት <input type="checkbox"/> የምግብ ባህሪ <input type="checkbox"/> የሽንት ፊኛ <input type="checkbox"/> ጉበት <input type="checkbox"/> ሄፓታይተስ <input type="checkbox"/> ኪንታሮት - ቀጽ ጥገና አካሄደው ነበር፡ <input type="checkbox"/> አይደልም <input type="checkbox"/> አዎ (ቀን) ..... ችግሩ ተወግዷል? <input type="checkbox"/> አይደልም <input type="checkbox"/> አዎ				
18.	<input type="checkbox"/> ሽርኒያ፡ የሽርኒያ ቦተ - <input type="checkbox"/> ድልሺ ውስጥ <input type="checkbox"/> ኩምቢሊክስ ውስጥ <input type="checkbox"/> In the right groin <input type="checkbox"/> ግራ ፊኛ ጋር ማሽርኒያ ለመታከም ቀጽ ጥገና አድርገው ነበር? <input type="checkbox"/> አይደልም? <input type="checkbox"/> አዎ, መቼ? (ቀን) ..... ችግሩ ተወግዷል? <input type="checkbox"/> አይደልም <input type="checkbox"/> አዎ				
19.	ኤድስ እና/ወይም የኤችአይቪ ተሸካሚ				
20.	Lupus				
21.	<input type="checkbox"/> ኩላሊቶች <input type="checkbox"/> የሽንት መሸጊያ				
22.	<input type="checkbox"/> የጅርባ ወይን የህብሰሰሰር <input type="checkbox"/> ጉልበት <input type="checkbox"/> የአጥንት ክፍሎች <input type="checkbox"/> መግጣጠሚያዎች				
23.	<input type="checkbox"/> ኩላሊቶች <input type="checkbox"/> የሽንት መሸጊያ				

Studio Harel 014072/14080



**A የመድሀን እጩው የገል መረጃ**

ክጠቃላይ ጥያቄዎች	አዎ	አይደለም
24. <input type="checkbox"/> Skin tumors		
25. <input type="checkbox"/> sifilise <input type="checkbox"/> ቸርጊስ		
26. እሴቶች (ከ14 ዓመት በላይ ለሆኑት ብቻ): <input type="checkbox"/> ጡት፣ የጡት ማሳደግን ጨምሮ <input type="checkbox"/> ጋይኖኮሎጂያ ሲስተም <input type="checkbox"/> ነፍሰ ጡር ነሽ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደልም <input type="checkbox"/> በሲ ሴክሽን ልጅ ወልደው ያውቃሉ? ከሆነ, መቼ? .....		

ይገለጹ: .....

.....

.....

**B የኢንቩራ-ንስ እጩው መግለጫ**

1. የተሰጡ መልሶች በሙሉ ትክክለኛ፣ የተሟላ እና በገዛ ፈቃዴ የሰጠዎቻቸው መሆናቸውን አረጋግጧል።.
2. በጤና ሁኔታ መግለጫው ላይ የተጠቀሱት መልሶች እና ለመድሀን ሰጪው የሚቀርቡ ማንኛውም መረጃዎች እንዲሁም ለዚህ ዓላማ ሲባል በመድሀን ሽፋን ሰጪው ጥቅም ላይ የሚውል የተለመዱ ቃላት እና ሁኔታዎች በአንተ እና በመድሀን ሽፋን ሰጪው መካከል ለሚገባው ስምምነት አስፈላጊ ቅድመ ሁኔታ በመሆን የሚያገለግሉ ሲሆን ከዚህም በኋላ ተነጣጥ ለው የሚታዩ አይሆኑም።
3. የመድሀን ሽፋን ሰጪው ለምን እንዳደረገው ምክንያት መስጠት ሳያስፈልገው ማመለከቻውን ሊቀበለውም ውድቅ ሊያደርገውም ይችላል። መረጃ እንዲሆኖት ያህል የመድሀን ሽፋን ስምምነቱ አስገዳጅ የሚሆነው የመድሀን ሽፋን ሰጪው የመድሀን ፈላጊው ያቀረበውን ማመልከቻ ሲቀበለው እና የመጀመሪያው የአረብን ክፍያ ሙሉ ለሙሉ የተከፈለ እንደሆነ ብቻ ነው። የመጀመሪያው የአረብን ክፍያ ሙሉ ለሙሉ የተከፈለ እንደሆነ ብቻ የሚለው ቅድመ ሁኔታ የመድሀን ሽፋን ሰጪው የመድሀን አረብን ሊሰበሰብበት በሚችለው መንገድ ክፍያውን ከተቀበለ ተፈጻሚነት አይኖረውም።
4. በዚህ ሰነድ ውስጥ የተካተተው መረጃ ከፖሊሲው ጋር ላልዎት ቁርኝት እና ከፖሊሲው ጋር በተገናኘ ለሚኖርዎት ማንኛውም ፍላጎት እና ዓላማ የሚያገለግልዎት ሲሆን ከዚህም በኋላ አያያዙ እንዲሁ ይቀጥላል። ድርጅቱ እና የሀረግ ግራፕ ሌሎች ድርጅቶች (ሀረግ የመድሀን ኢንሸንትመንት እና ፋይናንሺያል አገልግሎት ኃ/የተ/የግ/ማ እና አጋሮቹ) እንዲሁም ከእነሱ ጋር/አነሱን ወክሎ የሚሰሩ ማንም አካል የተባለውን መረጃ ሂደቱንም፣ ጥርቅቆችንም እና ጥቅሙን ከፖሊሲው ጋር በተገናኘ እና ለሌሎች ህጋዊ ዓላማ ላላቸው ነገሮች የተባለውን መረጃ ሀረግ ግራፕን ወክሎ ለሚሰሩ ለሶስተኛ ወገን አካላት እንዲን መስጠት ይችላሉ።
5. የመድሀን ሽፋን ሰጪ ድርጅት ከሆኑት ውስጥ ለጤና መድሀን ሽፋን ማመልከቻ አስገብተው ውድቅ አድርገዎበት ወይም ሳይቀበልዎት ቀርተው የሚያውቁ አሉ?  አይደልም  አዎ, ይገለጹ.....
6. የህክምና ሚስጠርን አሳልፎ መስጠት፡ ፊርማዎ/ችን ከታች የተቀመጠው እኔ/አኛ ለ HMO ("Kupat Holim") እና/ወይንም ለህክምና ተቋማት፣ እንዲሁም ለሁሉም ሃኪሞች እና/ወይንም የአዕምሮ ሃኪሞች፣ የህክምና ተቋማት እና ሌሎች ሆስፒታሎች፣ NII እና/ወይንም ለመከላከያ ሚኒስቴር፣ እና/ወይንም ለማንኛውም የመድሀን ሽፋን ሰጪ ድርጅት እና/ወይንም ለማንኛውም ተቋ እና አካል በፖሊሲው ውስጥ የተጠቀሱትን መብት እና ግዴታዎች ለመገምገም አስፈላጊ ሆኖ አስከተገኘ ድረስ እና/ወይንም ለተጠየቀው መድሀን ያቀረብኩትን ማመልከቻ ለማየትም ቢሆን፣ ለሀረግ ለማቅረብ፣ በድርጅቱ የተያዘውን መረጃም ሆነ ማንኛውንም ዝርዝር መረጃ፣ ምንም ሳያስቀሩ ጠያቂው እንዲፈለገው የእኔ/አኛን የጤና ሁኔታ እና/ወይንም ከዚህ ቀደም እኔ/አኛ የተሰቃየንበትን ማንኛውንም በሽታ እና/ወይንም እኔ/አኛ አሁንም የሚያመኝን ጨምሮ እና/ወይንም እኔ/አኛ ወደፊት ሊያመኝ/መን የሚችለውን ጨምሮ "ጠያቂው" አካል እንዲሰጠው ስል የህክምና ሚስጠርን እንዲጠብቁ ያለብዎት ኃላፊነት እንዲነሳ ስል አገልግለው። ይህ ህክምና ሚስጠርን አሳልፎ መስጠት መግለጫ እኔ/አኛን፣ የእኔ/አኛን ሀብት፣ የእኔ/አኛን ህጋዊ ወኪሎች እንዲሁም እኔ/አኛን ለሚተካ ለማንም ይሰራል። ይህ ህክምና ሚስጠርን አሳልፎ መስጠት መግለጫ ለእኔ/አኛ ልጆቻችንም ይሰራል።

የመድሀን ሽፋን ገዢ እጩው ይህንን የጤና ሁኔታ መግለጫ ቅጽ ስለ ይዘቱ አቀላጥፎ በሚናገረው/በምትናገረው ቋንቋ ማብራሪያ ካገኘ በኋላ ፈርሟል።

ቀን ..... የመድሀን ሽፋን ገዢ እጩው ፊርማ\ ..... የምስክር ፊርማ\ .....

StudioHarel 1214072/14080