



Lékařská zpráva – invalidita, dlouhodobá péče ve stupni závislosti II a vyšším

L2039

V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na informační linku 956 777 222 (ve všední dny od 7 do 20 hodin, o víkendech od 8 do 16 hodin).

▶ LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Tento formulář je nutné vždy předložit k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí klient.

POJIŠTĚNÁ OSOBA

JMÉNO PŘÍJMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO

▶ PŘÍČINA POJISTNÉ UDÁLOSTI

Nemoc

Název diagnózy	Dle MKN10	Datum prvního stanovení diagnózy	Léčení od-do
1.			
2.			
3.			
4.			

Uveďte příznaky, vyšetření a nálezy, na základě kterých byla stanovena diagnóza.

Úraz

Název diagnózy	<input type="text"/>	Dle MKN10	<input type="text"/>
Datum úrazu	<input type="text"/>	Datum prvního lékařského ošetření	<input type="text"/>
Jak se úraz stal?	<input type="text"/>		
Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, uveďte % alkoholu <input type="text"/> % Uveďte hladinu a způsob měření návykové látky <input type="text"/>	Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

▶ Jedná se o první trauma (onemocnění/úraz) ANO NE Pokud ne, uveďte výpisy všech evidovaných úrazů a onemocnění nyní postižené části těla.

Název diagnózy	Dle MKN10	Doba léčení od-do
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Byl pojištěný uznán invalidním již dříve? ANO NE Pokud ano, uveďte nejvyšší stupeň invalidity. 3. stupeň plná invalidita
 2. stupeň částečná invalidita
 1. stupeň

Invalidita trvala od kdy – do kdy DEN MĚSÍC ROK –

Lékař svým podpisem potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v tomto formuláři, a podle ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvedl veškeré jemu dostupné informace týkající se předmětné pojistné události.

▶ V DNE RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE