

# Lékařská zpráva – onemocnění (plnění za dobu léčení onemocnění a/nebo plnění za hospitalizaci)

**L4022**

V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na informační linku 957 105 105 (ve všední dny od 8 do 18 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 (v případě více diagnóz – vyplňte prosím pro každou diagnózu zvlášť následující údaje)

	Onemocnění 1	Onemocnění 2	Onemocnění 3	Onemocnění 4
Název onemocnění	▼	▼	▼	▼
Dle MKN10	▼	▼	▼	▼
Datum, kdy se objevily první příznaky v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.	▼	▼	▼	▼
Datum prvního stanovení diagnózy	▼	▼	▼	▼
Doba léčení (od–do)	▼	▼	▼	▼
Datum indikace k operačnímu řešení				

### **Pokud byla tato část těla zasažena úrazem či nemocí již dříve, prosím doložte tuto skutečnost kopiemi lékařských zpráv.**

Probíhala v posledních sedmi letech léčba nebo se vyskytly obtíže v příčinné souvislosti s tímto onemocněním?  ANO  NE    
 Pokud ano, uveďte datum, kdy se objevily první příznaky, a doložte kopie lékařských zpráv  DEN  MĚSÍC  ROK  2 0

### HOSPITALIZACE

Byl pojištěný v souvislosti s nahlášenou pojistnou událostí hospitalizován?  ANO  NE    
 Pokud ano, uveďte, od kdy – do kdy trvala  DEN  MĚSÍC  ROK  2 0 –  DEN  MĚSÍC  ROK  2 0

Byla nutná rehabilitace?  ANO  NE    
 Pokud ano, uveďte, od kdy – do kdy trvala  DEN  MĚSÍC  ROK  2 0 –  DEN  MĚSÍC  ROK  2 0

Zvolená terapie

### PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Byl pojištěný v souvislosti s nahlášenou pojistnou událostí v pracovní neschopnosti?  ANO  NE    
 Pokud ano, uveďte, od kdy – do kdy trvala  DEN  MĚSÍC  ROK  2 0 –  DEN  MĚSÍC  ROK  2 0

*U osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje, uveďte dobu léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla.*

Pokračovala léčba pojištěného v rehabilitačním ústavu, sanatoriu či láních do 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti?  ANO  NE    
 Pokud ano, uveďte, od kdy – do kdy trvala  DEN  MĚSÍC  ROK  2 0 –  DEN  MĚSÍC  ROK  2 0

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