

Lékařská zpráva – trvalé následky úrazu

L4028

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 PŘÍMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO

Datum úrazu DEN MĚSÍC ROK
 2 0

Uveďte diagnózu dle MKN10:

Uveďte příčinu úrazu a popis poranění

Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? ANO NE Pokud ano, uveďte ‰ alkoholu ‰

Uveďte hladinu a způsob měření návykové látky

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? ANO NE

Jaké trvalé následky úraz zanechal? *Popište objektivní příznaky a zejména poruchy funkce.*

Doba léčení úrazu (od kdy – do kdy) DEN MĚSÍC ROK DEN MĚSÍC ROK
 2 0 – 2 0

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

Frekvence návštěv

Zvolená terapie

Jedná se o první úraz postižené části těla? ANO NE Pokud NE, uveďte předchozí úrazy s datem vzniku.

Měly předchozí úrazy či chorobné změny vliv na celkový rozsah trvalých následků? ANO NE Pokud ano, uveďte jednotlivá onemocnění či úrazy s datem výskytu a způsobem léčení.

Prohlašuji, že funkce postižených částí těla byla omezena již před úrazem. ANO NE Pokud ano, uveďte v jakém rozsahu

Je dnešní stav neměnný a léčení je skončeno? ANO NE Pokud NE, uveďte další plánované nebo pacientovi navržené výkony (např. extrakce kovu, plastika, RHB apod.).

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 předmětného úrazu.

V DNE

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE