



**Lékařská zpráva – úraz** (plnění za denní odškodné,  
pracovní neschopnost, hospitalizaci)

**L4024**

V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na informační linku 958 888 111 (ve všední dny od 7 do 19 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

DATUM ÚRAZU DEN MĚSÍC ROK  2 0

Uvedte příčinu úrazu

Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? ANO  NE

Pokud ano, uveďte ‰  ‰

Uveďte hladinu a způsob měření návykové látky

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? ANO  NE

Popis poranění	Dg. dle MKN10	Léčení od-do

Uvedte objektivní příznaky poranění zjištěné při prvním ošetření (např. otok, hematom)

Pokud bylo provedeno vyšetření RTG, MRI, CT, SONO, uveďte popis a datum

	DEN	MĚSÍC	ROK
<input type="text"/>			2 0
<input type="text"/>			2 0
<input type="text"/>			2 0

Jaký byl způsob léčení (popište i případné komplikace a uveďte dobu jejich trvání)

Doba léčení úrazu (od kdy – do kdy) 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 předmětného úrazu.

V

DNE

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE