

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

L5024

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

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 % alkoholu %

Uvedte hladinu a způsob měření návykové látky

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? ANO NE

Popis poranění	Dg. dle MKN10	Léčení od-do
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
 2 0
 2 0
 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 DEN MĚSÍC ROK
 2 0 - 2 0

HOSPITALIZACE

► Vyžádal si úraz hospitalizaci?

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

► Byla následkem úrazu pracovní neschopnost?

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 lázních 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

Byla příčinou úrazu popálenina či opaření?

ANO NE

► Pokud ano, uveďte stupeň popálení a jeho rozsah

Stupeň popálení

Rozsah popálení

cm²

V případech více stupňů popálenin, uveďte rozsah pro každý stupeň

ÚRAZY ZUBŮ (uveďte číselné označení zubu)

Zub byl před úrazem vitální

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Úrazem došlo ke ztrátě vitality

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Úrazem došlo k ohrožení vitality zásahem linie lomu do zubní dřevě

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

RÁNY

Revize rány ANO NE

Excise okrajů rány ANO NE

Hluboká rána do podkoží ANO NE

Sutura rány ANO NE

► Pokud ano, uveďte druh a datum stehu ex

Druh stehu

DEN MĚSÍC ROK

2 0

POHMOŽDĚNÍ

Fixace ANO NE

► Pokud ano, uveďte druh fixace

Druh fixace

ÚRAZ KOLENE, KOTNÍKU, RAMENE, PÁTEŘE

Jde o opakování stejného nebo obdobného úrazu z minulosti?

ANO NE

Jde o následky úrazu/ onemocnění z minulosti?

ANO NE

► Pokud ano, uveďte kdy k předchozímu úrazu / onemocnění došlo

DEN MĚSÍC ROK

Jedná se o první poranění této části těla? ANO NE

▶ Pokud ne, uveďte výpis všech předchozích onemocnění a úrazů této části těla

Popis předchozích poranění	Dg. dle MKN10	Měsíc a rok kdy nastalo

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