

**4Life Direct Insurance Services s.r.o.,  
odštěpný závod  
Pobřežní 394/12  
186 00 Praha 8**

## PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Číslo události (vyplní 4Life Direct)

### VŠEOBECNÉ INFORMACE

- Vyplňte, prosím, tiskopis HŮLKOVÝM PÍSMEM.
- Odpovězte, prosím, na všechny dotazy.
- V případě chybějícího místa v tomto tiskopise, prosíme o rozšíření odpovědi s razítkem a podpisem lékaře na opačné straně nebo na samostatné straně.

### 1. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉ OSOBY (PACIENTA)

Číslo pojistné smlouvy: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Pracovní pozice: \_\_\_\_\_

### 2. INFORMACE O NEHODĚ/HOSPITALIZACI POJIŠTĚNÉ OSOBY (PACIENTA)

Datum nehody: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Datum prvního ošetření úrazu: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Místo prvního ošetření úrazu: \_\_\_\_\_

Datum hospitalizace od: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ do \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Název a adresa nemocnice: \_\_\_\_\_

Pořadové číslo hospitalizace v souvislosti s nehodou: \_\_\_\_\_

Nastala nehoda následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek?  ano  ne

O jaký druh návykové látky šlo? \_\_\_\_\_

Bylo zjištěno \_\_\_\_\_ ‰ alkoholu.

Bylo příčinou nehody sebepoškozování?  ano  neNastala nehoda v důsledku pracovního úrazu?  ano  neNastala nehoda u pojištěné osoby (pacienta) v důsledku zdravotního stavu (diagnostikované onemocnění/akutní onemocnění)?  ano  ne

Pokud ano, popište: \_\_\_\_\_

Jaké poranění způsobila nehoda u pojištěné osoby (pacienta)?

 Zlomeniny  Popáleniny  Jizvy (v obličeji)  Trvalá invalidita (70 % a víc)

### ZLOMENÉ KOSTI

Název a kód onemocnění podle MKCH: \_\_\_\_\_

Jaké zlomeniny zanechala nehoda u pojištěné osoby (uvedte také místo): \_\_\_\_\_

Má pojištěná osoba (pacient) diagnostikované onemocnění kostí?  ano  ne

osteoartróza  koxartróza  gonartróza  spondylartróza  jiné \_\_\_\_\_

Pokud ano, popište jestli diagnostikované onemocnění mělo vliv na vzniklou zlomeninu: \_\_\_\_\_

---

---

---

#### POPÁLENINY

Název a kód onemocnění podle MKCH: \_\_\_\_\_

Jaké % povrchu těla pokrývají popáleniny u pojištěné osoby (pacienta)? \_\_\_\_\_%

Byl stanoven \_\_\_\_\_ stupeň popálenin.

Uvedte místa popálenin: \_\_\_\_\_

---

#### JIZVY (v obličeji)

Název a kód onemocnění podle MKCH: \_\_\_\_\_

Zanechal úraz u pojištěné osoby (pacienta) trvalou jizvu?  ano  ne

Uvedte místo a délku jizvy: \_\_\_\_\_

---

### 3. INFORMACE O LÉČBĚ POJIŠTĚNÉ OSOBY (PACIENTA)

Popište podrobně způsob a druh ošetření: \_\_\_\_\_

---

---

---

Byla pojištěná osoba (pacient) pro stejné onemocnění v minulosti již léčená nebo byla poraněná končetina, část těla, resp:

orgán funkčně nebo jinak postižený již před touto nehodou? Jak? V jakém rozsahu? \_\_\_\_\_

---

---

Předpokládáte, že nehoda zanechá trvalé následky?  ano  ne

Pokud ano popište pravděpodobný druh a rozsah: \_\_\_\_\_

---

---

---

**Vyhláшуji, že odpovědi na výše uvedené dotazy byly poskytnuty v dobré víře, pravdivě a na základě mých vědomostí.**

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Místo Datum Podpis a razítko lékaře