

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

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE - ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

VŠEOBECNÉ INFORMACE

1. Formulář vyplní ošetřující lékař.
2. Vyplňte prosím formulář HŮLKOVÝM PÍSMEM. Formulář potvrďte razítkem a podpisem lékaře na opačné straně.

1. OSOBNÍ ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ - _____ - _____ Rodné číslo: _____

Pracovní pozice: _____

2. INFORMACE O NEHODĚ

Datum nehody: _____ - _____ - _____ Datum prvního ošetření u lékaře: _____ - _____ - _____

Datum hospitalizace od: _____ - _____ - _____ do _____ - _____ - _____

Popis nehody: _____

Nastala nehoda v důsledku pracovního úrazu? ☐ ano ☐ ne

Nastala nehoda v pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? ☐ ano ☐ ne

O jaký druh látky šlo: _____ Bylo zjištěno _____ % alkoholu

Léčí se pacient na některé z níže uvedených onemocnění? Když ano, zaškrtněte kategorii a doplňte název onemocnění.

☐ Kostní a kloubové/svalové:

☐ Kardiovaskulární:

☐ Neurologické:

☐ Metabolické a endokrinní:

☐ Infekční a systémové:

☐ Smyslové poruchy:

☐ Psychiatrické a kognitivní:

☐ Stav způsobený léčbou:

Název onemocnění: _____

Nastala nehoda v důsledku nově diagnostikovaného nebo některého z výše uvedeného onemocnění?

☐ ano ☐ ne

Pokud ano, napište onemocnění: _____

3. NÁSLEDEK NEHODY

Jaká zranění byla diagnostikována u pacienta po nehodě? Zaškrtněte vhodnou kategorii a doplňte informace o onemocněních níže.

☐ Zlomeniny ☐ Poruchy smyslových orgánů ☐ Poškození mozku ☐ Poruchy pohybového aparátu

ZLOMENÉ KOSTI

Označte typ zlomeniny:

☐ Úrazová ☐ Únavová ☐ Patologická

Pokud šlo o patologickou zlomeninu napište název onemocnění, které mělo vliv na zlomeninu:

Název zlomeniny a kód onemocnění podle MKN:

Byl pacient pro stejné onemocnění a část těla léčen již v minulosti? Pokud ano, uveďte kdy a kde:

OSTATNÍ ONEMOCNĚNÍ

Doplňte ostatní onemocnění, které zanechal úraz a uveďte název a kód onemocnění podle MKN:

Zanechal úraz vážná onemocnění, která jsou trvalá a nenapravitelná? ☐ ano ☐ ne

Pokud ano, napište název a kód onemocnění podle MKN:

místo

datum

podpis a razítko lékaře