



000000000L4121



0 0 2

L4121 Zpráva lékaře - trvalé následky nemoci

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).

VŽDY JE NUTNÉ UVÉST ODPOVĚDI
NA VŠECHNY DOTAZY TÝKAJÍCÍ SE
TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI.

Prostíme o čitelné vyplnění všech
údajů. Nestačí-li pro požadované údaje
místo v předtištěných kolonkách,
uveďte je na samostatném listu, který
přiložte k tomuto formuláři.

¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození
ve tvaru RRRMMDD/9999.

²⁾ Platnou variantu označte křížkem.

POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
.....

Kdy byly poprvé odborným lékařem potvrzeny trvalé následky nemoci?

Uveďte název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře, který trvalé následky nemoci potvrdil.
.....

PŘÍČINA POJISTNÉ UDÁLOSTI

Přiložte kopie lékařských zpráv ze speciálních vyšetření (např. CT, histologie, MRI, operační protokol, audiogram).

Název onemocnění, které vedlo k trvalým následkům nemoci	Kód diagnózy podle MKN-10
.....

Kdy bylo onemocnění, v důsledku kterého došlo k trvalým následkům, u pojištěného poprvé diagnostikováno? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.
.....

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pojištěného? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.
.....

Uveďte, kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotnické dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky).
.....

Datum indikace k případnému operačnímu řešení	Datum operace
.....

Vzniklo onemocnění jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků, které návykové látky obsahují? Ano Ne

ZANECHALO ONEMOCNĚNÍ NĚKTERÝ Z NÍŽE UVEDENÝCH TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI?²⁾

Uveďte rozsah/stupeň/popis:

Následky selhávání orgánů:

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> trvalá kolostomie | ..... |
| <input type="checkbox"/> trvalá ileostomie | ..... |
| <input type="checkbox"/> trvalá tracheostomie | ..... |
| <input type="checkbox"/> parenterální výživa | ..... |
| <input type="checkbox"/> trvalé podávání kyslíku | ..... |
| <input type="checkbox"/> konečné stadium onemocnění ledvin, plic, jater, srdce, slinivky | ..... |

Ochrnutí:

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> ochrnutí jedné končetiny | ..... |
| <input type="checkbox"/> ochrnutí dvou končetin | ..... |
| <input type="checkbox"/> ochrnutí tří nebo čtyř končetin | ..... |
| <input type="checkbox"/> obrna lícního nervu | ..... |

Ostatní:

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> ztráta sluchu | ..... |
| <input type="checkbox"/> ztráta zraku | ..... |
| <input type="checkbox"/> ztráta řeči | ..... |
| <input type="checkbox"/> amputace končetin | ..... |
| <input type="checkbox"/> ztráta schopnosti řídit automobil | ..... |
| <input type="checkbox"/> čtvrtá asistovaná reprodukce IVF (po třech neúspěšných pokusech) | ..... |

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec - dodací pošta	PSČ
.....

Datum

..... 2 0

Razítko a podpis lékaře