



L6027 Zpráva lékaře - vážné onemocnění

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

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

Prosíme 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 zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.

²⁾ Platnou variantu označte křížkem ☒

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
a zjistil u něj toto vážné onemocnění:			
Název vážného onemocnění		Kód diagnózy podle MKN-10	
Uveďte bližší popis vážného onemocnění, resp. výkonu, který byl proveden (v případě nádorového onemocnění doložte histologický nález).			
.....			
Kdy byla diagnóza stanovena (příp. verifikována), resp. kdy byl proveden výkon?			Datum
Ve kterém zdravotnickém zařízení? Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.			
Kdy byly pozorovány nebo zjištěny první příznaky tohoto onemocnění, jiné nemoci či poruchy, které byly v přímé příčinné souvislosti s vážným onemocněním?			Datum
Ve kterém zdravotnickém zařízení? Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.			
Uveďte chronologický popis příznaků.			
.....			
Vzniklo onemocnění jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků, které návykové látky obsahují ²⁾			
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Byl pojištěný informován o uvedeném vážném onemocnění ²⁾		Pokud ano, kdy a jakým způsobem?	
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Současný stav pojištěného a způsob terapie			
.....			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ
Datum		Razítko a podpis lékaře	
.....		