

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 přiložíte k tomuto formuláři.

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uveďte datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):		Datum	
Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem:		Kód diagnózy podle MKN - 10	
Zdravotní stav pojištěného před úrazem (anamnéza)			
Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem?*)	☐ Ano ☐ Ne	Pokud ne, uveďte jaké zdravotní obtíže či nemoc se podílely na vzniku tělesného poškození:	
Byla poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?	☐ Ano ☐ Ne	Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:	
Trpěl pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)?	☐ Ano ☐ Ne	Pokud ano, uveďte jakou a od kdy:	
Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz?	☐ Ano ☐ Ne	Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak a kde byl úraz léčen a jaké následky zanechal:	
Léčení tělesného poškození způsobeného úrazem			
Popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):			
Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?			
Operace (operační nález - přiložte prosím kopii operačního protokolu):			
Kde byl poraněný léčen? Uveďte název a adresu všech zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od - do:			
Je plánováno další léčení poraněného? Uveďte jaké (např. rehabilitace, operace, odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů):			
Je léčení poraněného skončeno?	☐ Ano ☐ Ne	Zanechal-li úraz poraněnému trvalé následky, jsou ustáleny?	☐ Ano ☐ Ne
Pokud nejsou trvalé následky ustáleny, uveďte důvod:			
Hodnocení trvalých následků úrazu			
Lékař potvrzuje, že u pojištěného			
Rodné číslo*)	Příjmení	Jméno	Titul
zjistil trvalé následky tohoto druhu a rozsahu:			
Subjektivní potíže udávané pojištěným:			
Objektivní nález (u živez v obličeji uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm ² nebo zakreslete na obrázku):			
			
Při poranění končetin uveďte popis osy končetiny, které pohyby jsou omezeny, omezení hybnosti kloubu (lehký, střední, těžký stupeň).	PHK		LHK
	PDK		LDK
Při poruše úchopové funkce HK uveďte kolik cm chybí do úplného sevření do dlaně, nemožnost natažení v cm.			
Při poranění DK uveďte délku obou končetin, stabilitu kloubu - Lachman, viklavost kloubu, pronaci, supinaci, hypotrofii svalstva (srovnání s druhou DK), menisektomií (částečnou, úplnou)			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ
Název oddělení	Číslo oddělení		Telefon

Datum

Razítko a podpis lékaře