



Oznámení vážného onemocnění dospělé osoby

Vyplňte část B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předějte k vyplnění části H. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru vážného onemocnění – např. interna, onkologie. Uplatňujete-li právo na pojistné plnění **za vážné onemocnění**, při kterém jste podstoupil(a) operativní léčení nebo jste byl(a) hospitalizován(a), přiložte propouštěcí zprávu z nemocnice, příp. operační protokol, máte-li je k dispozici. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.**

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POJIŠTĚNÝ

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.
²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
³⁾ Je-li označeno křížkem Ano, vyplňte formulář Vo-118/7670 (Z 6110) „Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby“, blíže na www.koop.cz.
⁴⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR.

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa pro účely vyřizování této pojistné události Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého ^{2,3)} Ano	
Obec – dodací pošta	PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾	
E-mail (uvedením e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)	Mobilní telefon	Telefon	

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložíte k tomuto formuláři

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
V rámci pojištění pro případ vážných onemocnění uplatňují právo na pojistné plnění za		<input type="checkbox"/> sníženou soběstačnost	<input type="checkbox"/> meningitidu
<input type="checkbox"/> infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou hluchotu	<input type="checkbox"/> pozdní stadium lymfské boreliózy	<input type="checkbox"/> encefalitidu
<input type="checkbox"/> cévní mozkovou příhodu	<input type="checkbox"/> systémový lupus erythematoses	<input type="checkbox"/> příčnou míšň lézi (ochrnutí)	<input type="checkbox"/> HIV nákazu
<input type="checkbox"/> demenci vč. Alzheimerovy choroby	<input type="checkbox"/> difúzní formu Systémové sklerodermie	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou slepotu	<input type="checkbox"/> operaci aorty
<input type="checkbox"/> akutní koronární syndrom	<input type="checkbox"/> fulminantní meningokokové onemocnění	<input type="checkbox"/> glaukom	<input type="checkbox"/> operaci při komplikacích Crohnovy nemoci
<input type="checkbox"/> idiopatickou plicní fibrózu	<input type="checkbox"/> Huntingtonovu nemoc	<input type="checkbox"/> amyotrofickou laterální sklerózu	<input type="checkbox"/> těžké popáleniny
<input type="checkbox"/> rakovinu (zhoubný novotvar)	<input type="checkbox"/> poliotomyelitidu	<input type="checkbox"/> roztroušenou sklerózu	<input type="checkbox"/> amputaci končetiny
<input type="checkbox"/> rakovinu vykazující rané maligní změny	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakobovu nemoc	<input type="checkbox"/> diabetes mellitus I. typu u dospělých	<input type="checkbox"/> poškození CNS následkem vakcinace
<input type="checkbox"/> lymfom	<input type="checkbox"/> transplantaci orgánů	<input type="checkbox"/> rupturu aneuryzmatu mozkové tepny	<input type="checkbox"/> narození vícečet
<input type="checkbox"/> leukemii	<input type="checkbox"/> totální selhání ledvin	<input type="checkbox"/> operaci věnčitých (koronárních) tepen	<input type="checkbox"/> úmrtí rodičky při porodu
<input type="checkbox"/> Hodgkinův lymfom	<input type="checkbox"/> Parkinsonovu chorobu	<input type="checkbox"/> chronickou glomerulonefritidu	<input type="checkbox"/> vrozenou vadu narozeného dítěte
<input type="checkbox"/> nitrolební nádory nezhoubného původu	<input type="checkbox"/> primární kardiomyopatii	<input type="checkbox"/> náhradu srdeční chlopně	
Trpěl(a) jste někdy před vznikem vážného onemocnění zdravotními potížemi?	Pokud ano, od kdy? Jakými:		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Trpěl(a) jste podobnými potížemi jako nyní již v minulosti?	Pokud ano, kdy a jak jste byl(a) léčen(a):		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Kdy došlo k prvním příznakům vážného onemocnění?	Druh potíží:		
Datum			
Kdy Vám byla poprvé sdělena diagnóza vážného onemocnění?	Diagnóza:		
Datum			

Uveďte název a adresy odborných lékařů a odborných zdravotnických zařízení, ve kterých jste byl(a) vyšetřen(a) a léčen(a), dobu léčení od - do a způsob léčby

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části B. <input type="checkbox"/> Jinou adresu		
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.		Specifický symbol ⁵⁾
Název fondu		
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.		

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nespěleprávnou osobu⁶⁾

⁵⁾ Viz informace pro klienta, též na www.koop.cz.
⁶⁾ Jste-li zákonným zástupcem takové osoby (např. rodičem, nebo opatrovníkem), uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Lékařská zpráva Propouštěcí zpráva Histologický nález Operační protokol Jiné:

F. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlas pojistiteli, aby zjišťoval či ověřoval jeho zdravotní stav pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného; tento souhlas platí i po smrti pojištěného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný opravňuje k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení.

Pojištěný prošťuje v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděljuje.

G. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V této části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Tyto informace se na Vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v příslušném dokumentu Informace o zpracování osobních údajů, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojistitel na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojistitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v příslušných Informacích o zpracování osobních údajů.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojistitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojistitele vztahují.

Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil(a) s příslušným dokumentem Informace o zpracování osobních údajů, zejména s rozsahem zpracováváných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží. Podpisem tohoto formuláře rovněž potvrzujete, že všechny údaje v tomto formuláři jste uvedl(a) úplně a pravdivě a že jejich případnou změnu oznámíte pojistiteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

V dne
| | | | | 2 | 0 | | | |
Podpis pojištěného (oprávněné osoby)
Podpis zákonného zástupce⁹⁾, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

H. 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.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného

Rodné číslo ⁷⁾	Příjmení	Jméno	Titul
.....

a zjistil u něj toto vážné onemocnění:

Vážné onemocnění ⁸⁾	Konečná diagnóza příslušného vážného onemocnění musí být doložena níže uvedenými lékařskými zprávami a dokumenty.
<input type="checkbox"/> Infarkt myokardu	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíží). EKG s popisem typických změn, příp. popis dalších použitých zobrazovacích metod (ECHO, koronarografie) a zpráva z biochemického vyšetření prokazující zvýšení srdečních enzymů.
<input type="checkbox"/> Cévní mozková příhoda	Must být prokázána existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí 6 měsíců od data vzniku tohoto onemocnění.
<input type="checkbox"/> Rakovina (zhoubný novotvar) včetně rakoviny vykazující rané maligní změny	Potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace.
<input type="checkbox"/> Lymfom, leukémie, Hodgkinův lymfom	Zpráva odborného lékaře z oboru hematologie, u lymfomu též histologický nálezu a potvrzení klinického stadia, u Hodgkinova lymfomu též potvrzení klinického stadia.
<input type="checkbox"/> Nitrolební nádory nezhoubného původu	Propouštěcí zpráva z hospitalizace, při které bylo provedeno odstranění nádoru; je-li nádor hodnocen jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření prokázat trvalé neurologické poškození MRI nebo CT (případně PET) vyšetřením.
<input type="checkbox"/> Akutní koronární syndrom	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíží). Výsledek koronografického vyšetření srdečních tepen, operační protokol.
<input type="checkbox"/> Totální selhání ledvin	Lékařská zpráva z nefrologie vč. uvedení výsledků renálních funkcí a potvrzení o o zařazení do dialyzační léčby.
<input type="checkbox"/> Příčinná míšní léze (ochrnutí)	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíží) a potvrzení diagnózy lékařem specialistou v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Lymfská borelióza - pozdní stadium	Objektivní nález odborného pracoviště (neurologie, infekční oddělení) s potvrzenou přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve. Nález z vyšetření mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu (dle lokalizace postižení).
<input type="checkbox"/> Klinicky potvrzená slepota / Glaukom	Úplný oftalmologický nález s hodnocením vstupu obou očí. Potvrzení ztráty zraku lékařem specialistou v oboru očního lékařství.
<input type="checkbox"/> Klinicky potvrzená hluchota	Výsledek audiometrického vyšetření, tympanometrie a vyšetření akustického reflexu odborným pracovištěm ORL.
<input type="checkbox"/> Transplantace orgánů	Propouštěcí zpráva z hospitalizace pro transplantaci orgánu nebo potvrzení o zařazení pojištěného na oficiální seznam čekatelů na transplantaci.
<input type="checkbox"/> Demence vč. Alzheimerovy choroby	Výsledek klinického vyšetření psychologem, psychiatrem i neurologem. Nález MMSE skóre či jiné neuropsychologické škály a nález CT nebo MRI vyšetření.
<input type="checkbox"/> Parkinsonova choroba	Výsledek klinického neurologického vyšetření včetně uvedení nálezu CT nebo MRI a L-dopa test.
<input type="checkbox"/> Amyotrofiická laterální skleróza	Výsledek klinického neurologického vyšetření včetně uvedení nálezu EMG vyšetření a nálezu MR mozku a krční míchy, event. vyšetření mozkomíšního moku.
<input type="checkbox"/> Systémový lupus erythematoses	Výsledek klinického vyšetření odborným lékařem revmatologem na podkladě důkazů čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR.
<input type="checkbox"/> Primární kardiomyopatie	Výsledek klinického vyšetření odborným lékařem kardiologem vč. nálezu vyšetření echokardiografie a MR srdečního svalu.
<input type="checkbox"/> Roztroušená skleróza	Objektivní nález lékaře specialisty v oboru neurologie (při splnění tzv. MacDonaldových diagnostických kritérií včetně uvedení MR nálezu) i po uplynutí 6 měsíců od data vzniku prvních příznaků tohoto onemocnění.
<input type="checkbox"/> Fulminantní meningokokové onemocnění	Výsledek odborného lékařského vyšetření (neurologie), které potvrdí existenci trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Idiopatická plicní fibróza	Výsledek vyšetření odborným plicním lékařem vč. histologického nálezu z provedené biopsie tkáně.
<input type="checkbox"/> Snížená soběstačnost	Výsledek odborného vyšetření vč. všech (laboratorních, klinických a jiných) nálezů. Příslušné rozhodnutí orgánu státní správy o stupni závislosti (III. a IV. stupeň závislosti podle zákona o sociálních službách) doložené odbornými lékařskými zprávami, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno.
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus I. typu u dospělých (LADA)	Zpráva odborného lékaře z oboru diabetologie nebo endokrinologie a doložení všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů.
<input type="checkbox"/> Ruptura aneurysmatu mozkové tepny	Prokázání existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Operace věnicových (koronárních) tepen	Propouštěcí zpráva z hospitalizace. Zpráva odborného lékaře v oboru kardiologie včetně operačního protokolu.

<input type="checkbox"/> Chronická glomerulonefritida	Lékařská zpráva z nefrologie vč. histologického nálezu z biopsie ledvin a potvrzení o zařazení do dialyzační léčby.
<input type="checkbox"/> Náhrada srdeční chlopně umělou chlopní	Propouštěcí zpráva z hospitalizace. Zpráva odborného lékaře v oboru kardiologie včetně operačního protokolu.
<input type="checkbox"/> Meningitida	Prokázání existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Encefalitida	Prokázání existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> HIV nákaza	Negativní výsledek testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po incidentu, k němuž došlo při výkonu povolání zdravotnického pracovníka, hasiče či policisty, při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě. Zpráva odborného lékaře v oboru infektologie a další test do šesti měsíců od incidentu prokazující přítomnost viru nebo jeho protilátek.
<input type="checkbox"/> HIV nákaza - v důsledku transfúze krve	Písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje. Zpráva odborného lékaře v oboru infektologie včetně všech výsledků krevních testů.
<input type="checkbox"/> Operace aorty	Propouštěcí zpráva z hospitalizace. Zpráva odborného lékaře v oboru kardiologie včetně operačního protokolu.
<input type="checkbox"/> Huntingtonova nemoc	Zpráva odborného lékaře v oboru neurologie o klinickém nález vč. nález genetikého vyšetření.
<input type="checkbox"/> Poliomyelitida	Zpráva odborného lékaře v oboru infektologie nebo neurologie o výsledcích laboratorních vyšetření vč. výsledků lumbální punkce.
<input type="checkbox"/> Creutzfeldt - Jakobova nemoc	Zpráva odborného lékaře v oboru neurologie o výsledcích použitých vyšetřovacích metod (vyšetření moku, MRI, EEG, u BSE biopsie krčních mandlí).
<input type="checkbox"/> Difúzní forma Systémové sklerodermie	Klinický nález odborného lékaře v oboru revmatologie vč. zařazení dle klasifikačních kritérií ACR/EULAR nebo jiných. Postižení srdce, plic nebo ledvin musí být potvrzeno v biopsii a sérologických testech.
<input type="checkbox"/> Operace při komplikacích Crohnovy nemoci	Klinický nález odborného lékaře v oboru gastroenterologie vč. nálezů provedených vyšetření. Propouštěcí zpráva z hospitalizace vč. uvedení typu a důvodu operace a nález histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně.
<input type="checkbox"/> Těžké popáleniny	Lékařská zpráva z odborného pracoviště pro léčení popálenin a lékařská zpráva z prvotního ošetření s popisem lokalizace, stupně a rozsahu popálenin.
<input type="checkbox"/> Amputace končetiny	Lékařská zpráva s uvedením data stanovení diagnózy, pro kterou byla nutná amputace končetiny. Propouštěcí zpráva z hospitalizace pro amputaci končetiny.
<input type="checkbox"/> Poškození CNS následkem vakcinace	Objektivní nález odborného pracoviště neurologie o existenci trvalého neurologického poškození po aplikaci vakcinace. Objektivní neurologický nález po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Narození víceračat	Propouštěcí zpráva z porodnice. Kopie rodných listů dětí.
<input type="checkbox"/> Úmrtí rodičky při porodu	Závěrečná zpráva o rodičce. Kopie rodného listu narozeného dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – Downův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – Edwardsův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – Patauův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – spina bifida (rozštěp páteře)	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. pediatrie. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – DMD / BMD Duchenne / Becker Muscular Dystrophy	Lékařská zpráva z neurologie vč. histologického nálezů po provedení biopsií. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – mikrocefalie	Lékařská zpráva z neurologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – MCM syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště lékařské genetiky a pediatrie. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – bulózní epidermolýza	Lékařská zpráva z odborného pracoviště dermatologie vč. histologického nálezů nebo zpráva z odborného pracoviště lékařské genetiky. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – Fallotova tetralogie	Lékařská zpráva z kardiologie. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – osteogenesis imperfecta	Lékařská zpráva z ortopedie, resp. osteologie. Kopie rodného listu dítěte.

Otázky pro lékaře (na všechny otázky je třeba odpovědět přesně a úplně – viz prohlášení pojištěného (oprávněné osoby) na přední straně formuláře před podpisem)

Uveďte bližší popis výše vybraného 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																				
	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																				

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																				
	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																				

Ve kterém zdravotnickém zařízení? Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.

Byl pojištěný informován o uvedeném vážném onemocnění?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, kdy a jakým způsobem?
--	--	----------------------------------

Současný stav pojištěného a způsob terapie

.....

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec - dodací pošta	PSČ																				
		<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																				

Datum	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																								

.....
Razítko a podpis lékaře

³⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.

²⁾ Platnou variantu označte křížkem X (platí i v ostatních případech s možností více variant).