

Potvrzení o zdravotním stavu praktickým registrujícím lékařem

Číslo pojistné události



POŠKOZENÝ

Rodné číslo

Jméno a příjmení

Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec – dodací pošta

PSČ

Souhlas poškozené(ho) s poskytnutím požadovaných údajů – podpis poškozené(ho)

POTVRZENÍ LÉKAŘE

1. Potvrzuji, že současné zdravotní poškození, které je přímým následkem **pracovního úrazu/nemoci z povolání**/ze dne i nadále trvá a neumožňuje poškozené/mu pracovat v původním pracovním zařazení:

ANO*

NE*

2. Potvrzuji, že poškozený/á poté utrpěl/a nepracovní úraz, nebo onemocněl/a chronickou obecnou chorobou, případně došlo k progresi obecného onemocnění vzniklého před pracovním úrazem/zjištěním nemoci z povolání/, a toto poškození zdraví nemá souvislost s pracovním úrazem/nemocí z povolání:

ANO*

NE*

Pokud **ANO**, zakřížkujte vzniklé chronické obecné onemocnění a pokračujte k bodu 3.

(Sdělení údajů pod čísly 1-11 je dobrovolné a lékař je vyznačí jen se souhlasem poškozeného).

- ☐ 1. hypertensní nemoc stupně
- ☐ 2. ischemická nemoc srdeční s nebo bez anginy pectoris, s nebo bez proběhlého infarktu
- ☐ 3. chronické onemocnění plic nebo průdušek (např. chronická bronchitis, CHOPN, asthma...)
- ☐ 4. bolestivý syndrom páteřní s nebo bez kořenového dráždění
- ☐ 5. arthrotické postižení velkých kloubů horních či dolních končetin degenerativní
- ☐ 6. rheumatické onemocnění kloubní seronegativní či seropositivní
- ☐ 7. psychiatrické onemocnění charakteru psychosy
- ☐ 8. zhoubné nádorové onemocnění jakéhokoli charakteru
- ☐ 9. onemocnění periferního či centrálního nervového systému vleklého charakteru
- ☐ 10. vleklé onemocnění všech částí zažívacího traktu
- ☐ 11. jiné

3. Potvrzuji, že toto onemocnění, uvedené v bodu 2, by jmenovanou/ého z výkonu v jejím/jeho původním pracovním zařazení (nehledě k pracovnímu úrazu či nemoci z povolání):

VYŘAZOVALO*

NEVYŘAZOVALO*

Za toto potvrzení poškozený/á uhradil/a Kč /doloženo účetním dokladem/.

*) Nehodící se škrtněte
(platí i v ostatních ujednáních
s možností více variant).

Datum

.....
Razítko a podpis praktického lékaře potvrzující pravdivost údajů

Vyplněný formulář zašlete na adresu

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
P. O. Box 50, 664 42 Modřice
nebo elektronicky: podatelna@koop.cz nebo do DS: n6tetn3