



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/.

*) Platnou variantu označte křížkem. ✕

Informace z oblasti ochrany osobních údajů naleznete na našich webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

Datum

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

Vyplněný formulář zašlete na jednu z adres

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
P.O. Box 50, 664 42 Modřice

do Datové schránky **n6tetn3**

e-mailem na adresu **podatelna@koop.cz**