



## L4071 Zpráva lékaře - vážné nemoci s flexibilní výplatou pro produkt FLEXI RISK

### 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.

<sup>1)</sup> U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.  
<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem ☒

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného

Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
_____	_____	_____	_____

a zjistil u něj toto vážné onemocnění:

Název vážného onemocnění	Způsob léčení nebo zdravotní událost	Datum provedení zákroku/doba léčení nebo hospitalizace od - do
<input type="checkbox"/> novotvar in situ		
<input type="checkbox"/> rakovina (nádorové onemocnění)	<input type="checkbox"/> operační zákrok	
	<input type="checkbox"/> chemoterapie	Od _____ Do _____
	<input type="checkbox"/> radioterapie	Od _____ Do _____
	<input type="checkbox"/> imunoterapie	Od _____ Do _____
	<input type="checkbox"/> transplantace orgánu	
	<input type="checkbox"/> opakovaný výskyt diagnózy	
<input type="checkbox"/> cévní mozková příhoda	<input type="checkbox"/> hospitalizace na JIP	Od _____ Do _____
	<input type="checkbox"/> uznání invalidním 3. stupně a/nebo přiznání příspěvku na péči z důvodu uznání stupně závislosti II. a vyššího	
<input type="checkbox"/> infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> hospitalizace na JIP	Od _____ Do _____
	<input type="checkbox"/> bypass (následkem vzniklé diagnózy infarktu myokardu)	
	<input type="checkbox"/> PTCA (následkem vzniklé diagnózy infarktu myokardu)	
<input type="checkbox"/> operace věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční	<input type="checkbox"/> hospitalizace na JIP	Od _____ Do _____
	<input type="checkbox"/> infarkt myokardu (následkem operace věnčitých tepen)	
	<input type="checkbox"/> cévní mozková příhoda (následkem operace věnčitých tepen)	
<input type="checkbox"/> operace aorty	<input type="checkbox"/> hospitalizace na JIP	Od _____ Do _____
<input type="checkbox"/> náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní	<input type="checkbox"/> hospitalizace na JIP	Od _____ Do _____

Kód diagnózy shora označeného vážného onemocnění podle MKN-10

Uveďte bližší popis shora označeného vážného onemocnění, resp. výkonu, který byl proveden (v případě nádorového onemocnění doložte histologický nález).

Kdy byla diagnóza potvrzena, příp. verifikována?	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)

Ano  Ne

Byl pojištěný informován o uvedeném vážném onemocnění(2)

Ano  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

Datum

20

.....  
Razítko a podpis lékaře