

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Jméno a příjmení pojištěného: | Rodné číslo: |
| Bydliště: | Telefon: |
| Pojistná smlouva: | Škodná událost: |

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

| | |
|---|---------------------------------|
| Počátek pracovní neschopnosti: | Práce schopen od: |
| Datum poslední lékařské kontroly: | Datum příští lékařské kontroly: |
| Diagnóza (zn. MKN-10 i slovně): | |
| Léčil se pacient v minulosti s tímto onemocněním? | Kdy a jak? |
| Uveďte přesné datum , kdy bylo pojištěnému toto onemocnění diagnostikováno: | |
| Došlo během léčení ke změně diagnózy? (pokud ano, na jakou, kdy a datum prvního záchytu) | |
| Průběh a způsob léčení: | |
| Komplikace: | |
| Výsledky vyšetření – RTG, SONO (pokud byla provedena): | |
| Prognóza: | |
| Bylo-li provedeno odborné vyšetření, uveďte jeho výsledek: | |
| Bude v průběhu jednoho měsíce zdravotní stav pacient posuzován lékařskou posudkovou komisí nebo posuzujícím lékařem? Pokud ano, kdy? | |
| Pobírá pacient důchod (invalidní či starobní)? Pokud ano, od kdy? | |
| Datum vystavení: | Razítko a podpis lékaře: |