

## LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY

### VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Prosíme o vyplnění následujících otázek. Za validní je považován pouze kompletně vyplněný zdravotní dotazník. Náklady spojené s vyplněním tohoto dotazníku hradí klient, který může proplacení pokladního dokladu uplatnit u MAXIMA pojišťovny, a. s.

Jméno a příjmení ošetřovaného		Rodné číslo	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Datum počátku ošetřování člena rodiny	Ošetřování člena rodiny ukončeno ke dni	Ošetřování člena rodiny trvá?	Příčina ošetřování člena rodiny
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Nemoc

Uveďte, prosím, veškeré diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých bylo vystaveno ošetřování člena rodiny, kdy byly v minulosti poprvé zjištěny, a jak se tyto diagnózy časově podílely na potřebě ošetřování člena rodiny:

Diagnóza dle MKN 10	Datum prvního záchytu	Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>

Uveďte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz:

Uveďte, prosím, na základě jaké etiologie jsou výše uvedené diagnózy (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj):

1. diagnóza	<input type="text"/>
2. diagnóza	<input type="text"/>
3. diagnóza	<input type="text"/>

Došlo k pojistné události (ošetřování člena rodiny) v souvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropních látek?  ANO  NE

Byl pacient v souvislosti s výše uvedenými diagnózami indikován k operačnímu řešení či hospitalizaci?

Diagnóza	Datum operace/hospitalizace
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v invalidním nebo starobním důchodu?  ANO  NE

Datum přiznání ID	Datum odebrání ID	Dg.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte diagnózu a datum prvního záchytu:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

V	dne
<input type="text"/>	<input type="text"/>

