

## LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – INVALIDITA / ZTP/P

### 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	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> invalidita <input type="checkbox"/> ZTP/P	Příčina invalidity / ZTP/P
	<input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Nemoc
	Uvedte, prosím, datum přiznání invalidity / ZTP/P
	<input type="text"/>

Uvedte, prosím, diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla pacientovi přiznána invalidita / ZTP/P (včetně data prvotního záchytu v minulosti):

Diagnóza dle MKN 10	Datum prvního záchytu
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>

Uvedte, prosím, etiologii výše uvedených onemocnění (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj)

Uvedte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz

Předcházela invaliditě / ZTP/P pracovní neschopnost?

Od  Do  Dg.:

Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu či omamných látek?

ANO     NE

Byl příčinou pojistné události pokus o suicidium?

ANO     NE

Byl pacient před přiznáním invalidity / ZTP/P v invalidním nebo starobním důchodu?

ANO     NE

Datum přiznání ID

Datum odebrání ID

Dg.:

Je/byl pacient před přiznáním invalidity / ZTP/P v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum prvního záchytu:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

V  dne

