

## Informace pro lékaře:

Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný, příp. zákonný zástupce. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů a doložení kopií všech lékařských zpráv od počátku potíží do ukončení léčení z dekurzu pacienta. Nestací-li pro požadované údaje místo, uveďte je na samostatném listu jako přílohu.

**Vyplní odborný lékař** (např. ortoped, chirurg, rehabilitační lékař, ...) **v případě, že se jedná o omezení hybnosti kloubu** (kyčel, koleno, kotník, rameno, loket, zápěstí, prsty horní končetiny mimo palec) **jako samostatný trvalý následek.**

Jméno a příjmení pojištěného

Rodné číslo pojištěného

Poraněná strana

Dominantní končetina

pravá  levá

pravá  levá

**Který kloub nebo prst byl poraněn?**

## Prsty

**Nedověř prstů horní končetiny v cm** (mimo palec)

Prst	II. prst		III. prst		IV. prst		V. prst	
	P	L	P	L	P	L	P	L
Nedověř v cm								

## Rameno

**Omezení hybnosti ramenního kloubu** - Vyjádřete, prosím, omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub

Flexe předpažením	P	L	Zevní rotace	P	L	Extenze	P	L	Vnitřní rotace	P	L	Abdukce	P	L

## Jiné klouby (mimo ramene)

**Omezení hybnosti kloubu** (mimo ramene) - Vyjádřete, prosím, omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub

Flexe	P	L	Abdukce	P	L	Pronace	P	L	Vnitřní rotace	P	L	Radiální dukce	P	L
Zevní rotace	P	L	Ulnární dukce	P	L	Extenze	P	L	Addukce	P	L	Supinace	P	L

**Omezení hybnosti kloubu** (mimo ramene) - Vyjádřete, prosím, omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub  
vyplňte v případě hodnocení omezení hybnosti více kloubů

Flexe	P	L	Abdukce	P	L	Pronace	P	L	Vnitřní rotace	P	L	Radiální dukce	P	L
Zevní rotace	P	L	Ulnární dukce	P	L	Extenze	P	L	Addukce	P	L	Supinace	P	L

## Doplňující údaje

**Je současné omezení hybnosti ustáleno?**

Ano  Ne

**Byl poraněný kloub postižen již před úrazem?**

Ano  Ne

Jak?

Jiná zdravotní sdělení lékaře  
(jiné trvalé následky a jejich rozsah, např. jizvy a jiné  
výše nespecifikované)

Název zdravotního zařízení nebo jméno lékaře

Adresa, název oddělení

Telefon

Podepsáno v, dne

Razítko a podpis lékaře