

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. Nestačí-li pro požadované údaje místo, uveďte je na samostatném listu jako přílohu.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden níže, zjistil následující onemocnění:

Jméno a příjmení pojištěného

Rodné číslo pojištěného:

Kdy byla diagnóza/y poprvé stanovena/y (datum)

Uveďte diagnózy dle MKN-10 (vč. doby léčení od - do) a popis onemocnění. V případě více diagnóz uveďte pro každou diagnózu s dobou léčení (od - do). Případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace.

Popis onemocnění	Diagnóza dle MKN-10	Doba léčení (od - do)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Datum indikace k případnému operačnímu zákroku

(pokud proběhl operační zákrok, doložte prosím operační nález a kopii operačního protokolu)

Kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci klienta (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s nynějším onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace)?

Kde byl pojištěný hospitalizován?
(doložte kopii propouštěcí zprávy)

od – do

Doba léčení v pracovní neschopnosti od – do
(u osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje - například OSVČ, vyplňte dobu léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla)

Jiná zdravotní sdělení lékaře

Název zdravotního zařízení nebo jméno lékaře

Adresa, název oddělení

Telefon

Podepsáno v, dne

Razítko a podpis lékaře