

Informace pro lékaře:

Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí obmyšlený, příp. zákonný zástupce. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů a doložení kopií požadovaných dokumentů. Nestačí-li pro požadované údaje místo, uveďte je na samostatném listu jako přílohu.

Příjmení, jméno, titul (pojištěného)

Rodné číslo / datum narození (pojištěného)

Datum úmrtí (včetně času)

Místo úmrtí

Příčina úmrtí (přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace)

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

Byl pojištěný v době úmrtí pod vlivem omamných látek / alkoholu? Pokud ano, uveďte jakých (v případě alkoholu uveďte promile alkoholu v krvi).

Došlo k úmrtí v důsledku vraždy nebo sebevraždy? Pokud ano, uveďte okolnosti.

Stručný výpis ze zdravotní dokumentace za posledních 5 let.

Jiná zdravotní sdělení lékaře

Název zdravotního zařízení nebo jméno lékaře

Adresa, název oddělení

Telefon

Podepsáno v, dne

Razítko a podpis lékaře