

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	
Datum počátku ošetřování člena rodiny	Ošetřování člena rodiny ukončeno ke dni	Ošetřování člena rodiny trvá?	Příčina ošetřování člena rodiny
		☐ Ano ☐ Ne	☐ Úraz ☐ 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.		od do
2.		od do
3.		od do

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	
2. diagnóza	
3. diagnóza	

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

Je pacient v invalidním nebo starobním důchodu? ☐ ANO ☐ NE

Datum přiznání ID	Datum odebrání ID	Dg.:

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