

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

☐ invalidita☐ ZTP/P

Příčina invalidity / ZTP/P

☐ Úraz☐ Nemoc

Uveďte, prosím, datum přiznání invalidity / ZTP/P

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

Diagnóza dle MKN 10

1.

Datum prvního zachytu

2. 3.

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

Uveďte, 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 zachytu

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

V

dne

