

LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – ÚMRTÍ

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

Příčina úmrtí

☐ Úraz☐ Nemoc

Uveďte, prosím, datum úmrtí:

Uveďte, prosím, diagnózy (v souladu s MKN10), které byly příčinou úmrtí (včetně data prvotního záchyty v minulosti):

Diagnóza dle MKN 10

1.	
2.	
3.	

Datum prvního záchyty

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 úmrtí pracovní neschopnost?

Od Do Dg.:

Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu či omamných látek?

☐ ANO☐ NE

Jednalo se o suicidium, popř. o jeho pokus?

☐ ANO☐ NE

Byl pacient před úmrtím v invalidním nebo starobním důchodu?

☐ ANO☐ NE

Datum přiznání ID

Datum odebrání ID

Dg.:

Byl pacient před úmrtím v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum prvního záchyty

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

V

dne