

LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – PRACOVNÍ NESCHOPNOST POJIŠTĚNÉHO 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

Datum počátku pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost ukončena k datu

Pracovní neschopnost trvá?

☐ Ano☐ Ne

Příčina pracovní neschopnosti

☐ Úraz☐ Nemoc

Uveďte, prosím, veškeré diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla vystavena pracovní neschopnost, kdy byly v minulosti poprvé zjištěny, a jak se tyto diagnózy časově podílely na pracovní neschopnosti:

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 (pracovní neschopnosti) 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