

ZPRÁVA O POŠKOZENÍ ZDRAVÍ (BOLESTNÉ)

vypracovaná podle MKN – 10¹⁾ na základě zdravotnické dokumentace od všech poskytovatelů zdravotních služeb, u nichž byl poškozený léčen pro:

Číslo pojistné události

úraz ze dne

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČ 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POŠKOZENÝ

Datum narození	Příjmení	Jméno	Titul	<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké
Adresa trvalého pobytu / bydliště		Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ
Obec – dodací pošta		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký		
E-mail		Mobilní telefon	Telefon	
Korespondenční adresa		Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ
Obec – dodací pošta				

JE-LI POŠKOZENÝ NEZLETILÝ (NESVÉPRAVNÝ), UVEĎTE JMÉNO A ADRESU JEHO ZÁSTUPCE

Datum narození	Příjmení	Jméno	Titul	<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké
Adresa trvalého pobytu / bydliště		Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ
Obec – dodací pošta		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký		
E-mail		Mobilní telefon	Telefon	

1) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (Kapitola XIX)

C. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážte na číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="text"/>		
Datum	Podpis poškozeného	Podpis zástupce, je-li poškozený nezletilý (nesvéprávný)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D. KLASIFIKACE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ

Léčení zahájeno dne	Léčení skončilo dne	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Práce neschopen	Pracovní neschopnost vznikla v souvislosti s úrazem	
od <input type="text"/> do <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Příčina úrazu (podle poškozeného)		
<input type="text"/>		
KLASIFIKACE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ (není-li diagnózy posuzovaného poranění, použijte položku nejbližše srovnatelnou)		
Slovní označení diagnózy tělesného poranění způsobeného úrazem (vyplňte prosím česky)	Číslo kódu dle MKN - 10	Rozsah poranění v cm, % nebo jiná bližší specifikace
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Popište případné komplikace průběhu léčení úrazu		
<input type="text"/>		



E. DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE

Kde a kdy byl poškozený hospitalizován?	od	do
Operace (operační nález – přiložte, prosím, kopii operačního protokolu)		
Lze předpokládat další léčení poškozeného? Uveďte jaké (např. rehabilitace, operace)		
Byl poškozený před úrazem zdravý? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Jakou chorobou trpěl v době úrazu (český název)		
Měl předchozí zdravotní stav vliv na		
a) vznik úrazu		
b) rozsah a následky úrazu		
Stal se úraz pod vlivem alkoholu (uveďte promile alkoholu v krvi), jiné návykové látky nebo léku označeného varovným symbolem?		
Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky? Uveďte jaké		
Jiná sdělení lékaře		

F. ZPRÁVU VYPRACOVAL

Jméno a příjmení lékaře a název poskytovatele zdravotních služeb	IČO	
Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec – dodací pošta	PSČ
Název oddělení	Telefonní číslo lékaře	

Za vypracování této zprávy byla poškozenému vyúčtována částka ve výši

Kč

Datum Razítko a podpis lékaře
-------	----------------------------------