

Tato zpráva, vyplněna ošetřujícím lékařem, je určena pro Colonnade Insurance S.A., organizační složka, Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4

PACIENT

Jméno a příjmení	Datum nar.	Kontaktní adresa		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Je / byl pacient v invalidním důchodu?	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	Datum přiznání ID <input type="text"/>	Datum odebrání ID <input type="text"/>
Je pacient v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění?	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>		
Pokud ano, uveďte diagnózu a datum prvního záchytu				
<input type="text"/>				

DIAGNÓZA ÚRAZ / NEMOC

Kdy a kde (podle zdravotní dokumentace) došlo k úrazu / Kdy se projevil první zdravotní potíže (datum a čas)

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (datum a čas, jméno lékaře, adresa zdravotnického zařízení)

Diagnóza a podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem / onemocnění

RTG (datum, místo, popis)

Způsob léčení

Komplikace (jaké, od – do, způsob léčeni)

Operace (datum, rozsah a způsob provedení zákroku)

Hospitalizace (od – do, zdravotnické zařízení, oddělení), (Prosíme o přiložení kopie propouštěcí zprávy z nemocnice.)

Rehabilitace (od – do, zdravotnické zařízení, způsob a frekvence RHB)

Celková doba léčeni od–do (včetně komplikací)

Trpěl pojištěný tímto nebo souvisejícím onemocněním už dříve? Ano Ne

Jakým, kdy, jak a kde bylo léčeno?

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE K ÚRAZU

Jiné poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazem

Poraněný je	Pravák	<input type="checkbox"/>	Levák	<input type="checkbox"/>	
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	<input type="checkbox"/>	Jakým způsobem? <input type="text"/>
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	<input type="checkbox"/>	Jakých? <input type="text"/>
Byl za tímto účelem proveden odběr krve?	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	<input type="checkbox"/>	
Byla v krvi zjištěna přítomnost alkoholu?	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	<input type="checkbox"/>	V jaké výši? <input type="text"/>
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	<input type="checkbox"/>	
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	<input type="checkbox"/>	Jakého pravděpodobného rozsahu? (procentuální vyjádření) <input type="text"/>

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Pracovní neschopnost trvá	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	<input type="checkbox"/>	Datum počátku pracovní neschopnosti	<input type="text"/>
Příčina pracovní neschopnosti	Úraz	<input type="checkbox"/>	Nemoc	<input type="checkbox"/>	Datum ukončení pracovní neschopnosti	<input type="text"/>
Došlo k pracovní neschopnosti v souvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropních látek?	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	<input type="checkbox"/>		

Uvedte, prosím, veškeré diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla vystavena pracovní neschopnost

Diagnóza	Datum prvního záchytu	Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti (od – do)	Datum předchozího léčení diagnózy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Etiologie (případně úrazový děj)

Diagnóza	Datum prvního záchytu	Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti (od – do)	Datum předchozího léčení diagnózy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Etiologie (případně úrazový děj)

Diagnóza	Datum prvního záchytu	Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti (od – do)	Datum předchozího léčení diagnózy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Etiologie (případně úrazový děj)

JINÉ SDĚLENÍ LÉKAŘE

Adresa zdravotnického zařízení

Jméno lékaře	IČ	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V	Dne
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Razítko a podpis lékaře