

4Life Direct Insurance Services s. r. o.
Dunajská 8
811 08 Bratislava 1

VYHLÁSENIE LEKÁRA -ÚRAZOVÉ POISTENIE

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

1. Formulár vyplní ošetrojúci lekár.
2. Vyplňte, prosím, tlačivo PALIČKOVÝM PÍSMOM. Formulár potvrdíte pečiatkou a podpisom lekára na opačnej strane.

1. OSOBNÉ ÚDAJE PACIENTA

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: ____ - ____ - ____ Rodné číslo: _____

Pracovná pozícia: _____

2. INFORMÁCIE O NEHODE

Dátum nehody: ____ - ____ - ____ Dátum prvého ošetrenia u lekára: ____ - ____ - ____

Dátum hospitalizácie od: ____ - ____ - ____ do ____ - ____ - ____

Popis nehody: _____

Nastala nehoda v dôsledku pracovného úrazu? ☐ áno ☐ nie

Nastala nehoda v dôsledku alkoholu alebo iných návykových látok? ☐ áno ☐ nie

O aký druh látky išlo: _____ Bolo zistené ____ ‰ alkoholu

Lieči sa pacient na niektoré z nižšie uvedených ochorení? Ak áno, zaškrtnite kategóriu a doplňte názov ochorenia.

☐ Kostné a kĺbové/svalové:

☐ Kardiovaskulárne:

☐ Neurologické:

☐ Metabolické a endokrinné:

☐ Infekčné a systémové:

☐ Zmyslové poruchy:

☐ Psychiatrické a kognitívne:

☐ Stav spôsobený liečbou:

Názov ochorenia: _____

Nastala nehoda v dôsledku novodiagnostikovaného alebo niektorého z vyššie uvedeného ochorenia?

☐ áno ☐ nie

Ak áno, napíšte ochorenie: _____

3. NÁSLEDOK NEHODY

Aké zranenia boli diagnostikované u pacienta po nehode? Zaškrtnite vhodnú kategóriu a doplňte informácie o ochoreniach nižšie.

☐ Zlomeniny ☐ Poruchy zmyslových orgánov ☐ Poškodenie mozgu ☐ Poruchy pohybového aparátu

ZLOMENÉ KOSTI

Označte typ zlomeniny:

☐ Úrazová ☐ Únavová ☐ Patologická

Pokiaľ išlo o patologickú zlomeninu napíšte názov ochorenia, ktoré malo vplyv na zlomeninu:

Názov zlomeniny a kód ochorenia podľa MKCH:

Bol pacient pre rovnaké ochorenie a časť tela liečený už v minulosti? Ak áno, uveďte kedy a kde:

OSTATNÉ OCHORENIA

Doplňte ostatné ochorenia, ktoré zanechal úraz a uveďte názov a kód ochorenia podľa MKCH:

Zanechal úraz vážne ochorenia, ktoré sú trvalé a nenapraviteľné? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, napíšte názov a kód ochorenia podľa MKCH:

miesto

dátum

podpis a pečiatka lekára