

PROHLÁŠENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE POJISTNÉ HLÁŠENÍ O ÚRAZU NEBO NEMOCI

1b

MetLife Europe d.a.c.
Irská společnost s reg. č. 415123
20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irsko
MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku
Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1, IČ: 03926206
Zapsaná v OR vedeném MS v Praze | sp. zn. A77032
tel. 227 111 000 | info@metlife.cz | www.metlife.cz

Formulář, prosíme, vyplňte elektronicky nebo ručně tiskacím písmem (ne černou tužkou).

Jméno a příjmení pojištěného

Rodné číslo

Datum úrazu/prvních příznaků nemoci

hodina

Místo úrazu

K prvnímu lékaři ošetření došlo dne

hodina

Jméno lékaře a adresa zdravotnického zařízení

Diagnóza zranění/nemoci včetně kódu podle MKN 10

Podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem, např. u rány délka a umístění; u popálenin rozsah a stupeň; u zlomenin všechny charakteristiky (superiostální, infrakce, nitrokloubní); u poranění zubů číslo zubu a zda došlo k jeho ztrátě nebo ztrátě vitality; apod.; v případě nemoci popište první příznaky a průběh:

U zhmoždění a distorzí uveďte, ke kterému z těchto poškození došlo – porušení kloubních vazů, krvácení do tkání, porucha stability kloubu, otok, včetně doby trvání:

RTG nález s popisem nebo jiná speciální vyšetření (CT, MR, histologie, ...) – přiložte kopii zprávy nebo vypište závěry:

Popis způsobu ošetření/léčení (datum a druh operace, komplikace atd.):

Hospitalizace od

do

Kde

Při prodloužení obvyklé doby léčení uveďte důvody (komplikace od-do):

Doba pracovní neschopnosti od

do

Doba nezbytné léčby od

do

Potvrzení PN vystavil (jméno lékaře):

Datum vystavení

Vyplňte i následující stranu



0211091W0530518

Příčina úrazu podle pojištěného uvedená při prvním ošetření:

Odpovídá tělesné poškození okolnostem, které uvedl pojištěný?

ano ne

Bylo příčinou úrazu sebepoškození? Pokud ano, uveďte podrobnosti:

ano ne

Byl úraz vyšetřován policií?

ano ne

Zanechal nebo zanechá úraz trvalé následky?

Pokud ano, uveďte rozsah (omezení hybnosti kloubu ve stupních nebo procentech a stranové porovnání).

V případě jizvy v obličejí uveďte délku a vzhled.

ano ne

V případě úrazu horní končetiny uveďte, zda je pojištěný

pravák levák

Byla poraněná část těla již před úrazem poškozena? Měl pojištěný stejné nebo podobné onemocnění/úraz v minulosti?

Pokud ano, uveďte datum a popis předchozího úrazu či onemocnění:

ano ne

Měl pojištěný vadu či onemocnění, které ovlivnilo léčbu nebo následky úrazu (osteoporóza, nádor, cysta,...)?

Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? Má nemoc souvislost s konzumací alkoholu nebo návykových látek? Pokud ano, rozveďte (příznaky, promile alkoholu v krvi, apod.):

ano ne

Pokud byla pojištěnému přiznána invalidita, uveďte datum vzniku, stupeň a důvod (základní diagnóza dle Posudku o invaliditě SSZ):

Jiné sdělení lékaře:

V případě hospitalizace přiložte vždy kopii propouštěcí zprávy.

Jméno lékaře, název a adresa zdravotnického zařízení, telefon, email:

Datum, razítko a podpis lékaře

Doplňující údaje