

FORMULÁŘ OZNÁMENÍ ÚRAZU

Jméno a příjmení pojištěného Rodné číslo

Diagnóza úrazu / nemoci včetně kódu MKN 10 Nemoc Úraz

Datum Hodina K prvnímu lékařskému ošetření došlo dne hodina

Jméno lékaře a adresa zdravotnického zařízení

Byla vystavena pracovní neschopnost? Ano Ne Doba pracovní neschopnosti Od Do

Hospitalizace Od Do Zařízení

Celková doba léčení Od Do Vystaveno potvrzení PN č. Datum vystavení

Uveďte podrobný popis onemocnění (např. u zhmoždění uveďte zda došlo k poruše funkce postižené části, u rány typ a velikost, u popálenin rozsah a stupeň, u onemocnění popis průběhu)

RTG nález s popisem nebo jiná speciální vyšetření MR, CT - přiložit kopii zprávy, nebo vypsát závěry

Popis způsobu léčení (rehabilitace, komplikace)

Operace (datum) přiložit kopii operačního protokolu

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

Došlo k úrazu / nemoci v důsledku požití alkoholu nebo návykových látek nebo byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? Pokud ano, rozveďte (příznaky, promile alkoholu v krvi, apod.) Ano Ne

Bylo příčinou úrazu sebepoškození? Pokud ano uveďte podrobnosti Ano Ne

Došlo k úrazu cizím zaviněním Ano Ne Byl úraz šetřen policií Ano Ne

Předpokládáte, že úraz zanechá TN? Pokud ano uveďte jakého pravděpodobně druhu a rozsahu Ano Ne

Jiné sdělení lékaře

Jméno lékaře, nebo název a adresa zdrav. zařízení včetně telefonního nebo případně emailového kontaktu

Razítko a podpis lékaře

Datum Počet příloh V případě hospitalizace přiložit kopii propouštěcí zprávy.

Pojišťovna s tradicí
již od roku 1868