



ZPRÁVA O POŠKOZENÍ ZDRAVÍ (BOLESTNÉ)

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

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 _____ Jiné státní občanství než ČR, jaké _____

Adresa trvalého pobytu / bydliště _____ Ulice (místo), číslo popisné/orientační _____ PSČ _____

Obec – dodací pošta _____ 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 (NESVÉPRÁVNÝ), UVEĎTE JMÉNO A ADRESU JEHO ZÁSTUPCE

Datum narození _____ Příjmení _____ Jméno _____ Titul _____ Jiné státní občanství než ČR, jaké _____

Adresa trvalého pobytu / bydliště _____ Ulice (místo), číslo popisné/orientační _____ PSČ _____

Obec – dodací pošta _____ 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 _____

Datum _____ 2 0 1 _____ Podpis poškozeného _____ Podpis zástupce, je-li poškozený nezletilý (nesvéprávný) _____

D. KLASIFIKACE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ

Léčení zahájeno dne _____ Léčení skončilo dne _____

Práce neschopen od _____ do _____ Pracovní neschopnost vznikla v souvislosti s úrazem Ano Ne

Příčina úrazu (podle poškozeného) _____

KLASIFIKACE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ (není-li diagnózy posuzovaného poranění, použijte položku nejbližší srovnatelnou)

Slovní označení diagnózy tělesného poranění způsobeného úrazem (vyplňte prosím česky) _____ Číslo kódu dle MKN - 10 _____ Rozsah poranění v cm, % nebo jiná bližší specifikace _____

Popište případné komplikace průběhu léčení úrazu _____

E. DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE

Kde a kdy byl poškozený hospitalizován?	od	do
Operace (operační nálezy – přiložte, prosm, 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