



POSUDEK O BOLESTNÉM

Vypracovaný podle vl. nař. č. 276/2015 Sb. a na základě zdravotnické dokumentace od všech zdravotnických zařízení, v nichž byl poškozený léčen pro **pracovní úraz**

Datum úrazu:

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POŠKOZENÝ

| | | | | |
|---------------------------------|---|---------|-------|---|
| Rodné číslo | Příjmení | Jméno | Titul | <input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké |
| Adresa trvalého pobytu/bydliště | Ulice (místo), číslo popisné/orientační | | | PSČ |
| Obec – dodací pošta | <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký | | | |
| E-mail | Mobilní telefon | Telefon | | |
| Korespondenční adresa | Ulice (místo), číslo popisné/orientační | | | PSČ |
| Obec – dodací pošta | | | | |

C. SOUHLAS POŠKOZENÉHO

Souhlasím s tím, aby pojistitel za účelem šetření pojistné události zpracovával ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, mé osobní údaje, včetně citlivých osobních údajů týkajících se mého zdravotního stavu. Beru na vědomí, že osobní údaje, vč. údajů o zdravotním stavu, jsou zpracovávány v rozsahu a po dobu nezbytnou pro výkon práv a plnění závazků vyplývajících z pojištění, že neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemožnost plnění z pojištění a dále že údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu s citovaným zákonem. Byl jsem poučen o právu na informaci o rozsahu zpracování mých osobních údajů podle § 12 a právu na ochranu mých práv podle § 21 citovaného zákona. Souhlasím s tím, aby pojistitel nebo pojistitelem určený lékař zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav pro účely šetření pojistné události, a to zejména formou dotazů u ošetřujících lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. vypůjčení zdravotnické dokumentace; tento souhlas platí i po mé smrti a vztahuje se i na zjištění příčin mé smrti. Zároveň v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, opravňuji příslušné poskytovatele zdravotních služeb, aby na jeho žádost poskytli požadované informace tak, jak jsou povinni je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona.

V dne Podpis poškozeného

D. KLASIFIKACE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ

| | |
|--|---|
| Vstoupil do léčeni v souvislosti s pracovním úrazem: | Léčení skončilo dne |
| Práce neschopen od do | Pracovní neschopnost vznikla v souvislosti s pracovním úrazem <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Příčina úrazu (podle zraněného) | |

KLASIFIKACE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ (není-li diagnózy posuzovaného poranění, použijte položku nejbližše srovnatelnou) dle přílohy 1 nařízení vlády

| Slovní označení diagnózy tělesného poranění způsobeného úrazem, u párového orgánu upřesněte postiženou část těla: vpravo/vlevo (vyplňte prostm českym) | Číslo položky | Počet bodů |
|--|---------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

