SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA K TRVALÝM NÁSLEDKOM ÚRAZU

Uvedené tlačivo vyplní ošetrujúci lekár poisteného po uplynutí 1 roka od vzniku úrazu.

Škodová udalosť č.:		**Poistná zmluva č.:**	
Poistený:	Meno, priezvisko, titul:		Rodné číslo:
	Tel. číslo:	E-mail:	
	Adresa domov:		PSČ:
K úrazu došlo	dňa:	čas:	miesto:

Poistený uvedený vyššie utrpel horeuvedený úraz. K umožneniu objektívneho prehodnotenia následkov úrazu Vás, ako ošetrujúceho lekára, prosíme o zaslanie nasledovnej správy:

1. Uveďte základný popis diagnózy pri vzniku úrazu:

2. Aké trvalé následky zanechal uvedený úraz? (opis objektívnych príznakov a porúch funkcie)

3. Sú uvedené odchýlky v zdravotnom stave zapríčinené len úrazom? Bol postihnutý orgán poškodený už pred úrazom? Ak áno, v akom rozsahu?

4. Majú na celkový rozsah trvalých následkov vplyv chorobné zmeny nesúvisiace s úrazom? Ak áno, aké?

5. Ak sú obmedzenia hybnosti, uveďte akého stupňa (ľahkého, stredného, ťažkého)? Vyjadrite, prosím, obmedzenie hybnosti v stupňoch v porovnaní so zdravým párovým kĺbom (vyplní a potvrdí odborný lekár – ortopéd, chirurg, rehabilitačný lekár).

6. Je liečenie uvedeného úrazu ukončené a dnešný stav trvalý?

U/032/20

V …… dňa: …… ……
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

Adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón:

Meno a priezvisko lekára, ktorý vyplnil toto oznámenie:

Číslo účtu lekára v IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN je štandardný medzinárodný format čísla účtu