



## L6039 Zpráva lékaře – invalidita nebo snížená soběstačnost

### ZPRÁVA LÉKAŘE

#### Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložíte k tomuto formuláři.

<sup>1)</sup> U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.

<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem  (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

POJIŠTĚNÝ			
Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
<b>PŘÍČINA POJISTNÉ UDÁLOSTI</b>			
<input type="checkbox"/> NEMOC			
Název hlavní invalidizující diagnózy	Kód diagnózy podle MKN-10	Datum prvního stanovení diagnózy	Doba léčení nemoci od - do
Názvy dalších diagnóz	Kód diagnózy podle MKN-10	Datum prvního stanovení diagnózy	Doba léčení nemoci od - do
Uveďte příznaky, vyšetření a nálezy v příčinné souvislosti s výše uvedenou hlavní diagnózou včetně dat jejich záchytu.			
Vzniklo onemocnění jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků, které návykové látky obsahují? <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
<input type="checkbox"/> ÚRAZ			
Název diagnózy	Kód diagnózy podle MKN-10		
Datum úrazu	Datum prvního lékařského ošetření		
Jak se úraz stal?			
			Byly příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo úmyslné sebepoškození? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikace návykových látek, nebo přípravků tyto látky obsahujících? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Pokud ano, uveďte o jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo		Uveďte hladinu a způsob měření návykové látky	
V krvi bylo zjištěno promíle alkoholu. Do jaké míry požitý alkohol nebo návyková látka ovlivnily chování pojištěného?			
Jedná se o první trauma (onemocnění/úraz)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ne, uveďte níže výpis všech evidovaných úrazů a onemocnění nyní postižené části těla (název a kód diagnózy podle MKN-10, doba léčení).	
Název diagnózy	Kód diagnózy podle MKN-10	Doba léčení od - do	
Byl pojištěný uznán invalidním již dříve? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, uveďte nejvyšší stupeň invalidity <input type="checkbox"/> 3. stupeň <input type="checkbox"/> 2. stupeň <input type="checkbox"/> 1. stupeň <input type="checkbox"/> plná invalidita <input type="checkbox"/> částečná invalidita	
Invalidita trvala		od	
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ

Datum

2 0

Razítko a podpis lékaře