Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

134

0000000000Z4015

Žádost o výpis ze zdravotnické dokumentace

Soukromá ordinace v Mezibranské, s.r.o. se sídlem v Praze 1, Mezibranská 21, IČO: 26206846, je pověřeným zdravotnickým zařízením na základě smlouvy uzavřené s Kooperativou pojišťovnou, a.s., Vienna Insurance Group, se sídlem v Praze 8, Pobřežní 665/21, IČO: 47116617.

Číslo nabídky / pojistné smlouvy

Kooperativa pojišťovna, a.s.,
Vienna Insurance Group
MUDr. Šárka Bílková
Brněnská 634
664 42 Modřice

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,
se souhlasem níže jmenovaného pojištěného si Vás dovolujeme požádat o výpis z jeho zdravotnické dokumentace. Za úplné vyplnění tiskopisu ve všech bodech Vám Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, vyplatí odměnu 550 Kč na základě Vámi vystavené faktury.
Fakturujte na adresu: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika

A. Pojištěný / pojišťovaný

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa trvalého pobytu/bydliště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ
Obec – dodací pošta		☐ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód[1])	
E-mail		Mobilní telefon	Telefon

[1]) Není-li vyplněno, platí stát ČR.

1. Anamnestické údaje a výčet chorob, pro které byl jmenovaný léčen:

Výška:	Hmotnost: Ze dne:	Poslední dvě hodnoty naměřeného TK	TK: / Ze dne:	TK: / Ze dne:
Puls:	Kouření (počet cigaret):	Alkohol:	Drogy:	Jiné návyky:

R.A.:

O.A.:

Pravidelná medikace (název léku, dávkování):

Vo-121/7601 (Z 4015) 10/2023

2. Opis posledních výsledků vyšetření s udáním data, kdy bylo provedeno:

☐ a) RTG ☐ b) EKG ☐ c) krve ☐ d) moči ☐ e) jiné odborné vyšetření

3. Pracovní neschopnost v posledních deseti letech s uvedením diagnózy a přesného data (den, měsíc, rok) začátku a konce pracovní neschopnosti. U osob, které nejsou v pracovním poměru, uveďte, kdy byl jmenovaný v posledních letech ve stavu nemocných s udáním diagnózy a přesného data (den, měsíc, rok) začátku a konce nemoci:

4. Pobírá/pobíral jmenovaný invalidní důchod nebo o něj žádal nebo má přiznánu ZPS? Od kdy? Jak dlouho? Proč? V případě podání žádosti o invalidní důchod nebo ZPS uveďte datum jejího podání a důvod (diagnóza):

5. Přesná diagnóza onemocnění, pro které je klient sledován:

První příznaky onemocnění (měsíc a rok, charakter obtíží):

6. Je jmenovaný pod pravidelnou kontrolou odborného lékaře nebo zdravotnického zařízení? Uveďte přesnou adresu a jméno lékaře; přiložte kopie lékařských zpráv:

Datum

20

Razítko a podpis lékaře

Jméno lékaře / název zdravotnického zařízení:

Adresa

Telefon

Vo-121/7601 (Z 4015) 10/2023