



0000000000L4121



0 0 2

## L4121 Zpráva lékaře - trvalé následky nemoci

### ZPRÁVA LÉKAŘE

#### Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).

VŽDY JE NUTNÉ UVÉST ODPOVĚDI  
NA VŠECHNY DOTAZY TÝKAJÍCÍ SE  
TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI.

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

<sup>1)</sup> U cizinců se zapisuje datum narození  
ve tvaru RRRMMDD/9999.

<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem.

#### POJIŠTĚNÝ

|                           |          |       |       |
|---------------------------|----------|-------|-------|
| Rodné číslo <sup>1)</sup> | Příjmení | Jméno | Titul |
|---------------------------|----------|-------|-------|

Kdy byly poprvé odborným lékařem potvrzeny trvalé následky nemoci?

Uveďte název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře, který trvalé následky nemoci potvrdil.

#### PŘÍČINA POJIŠTNÉ UDÁLOSTI

Přiložte kopie lékařských zpráv ze speciálních vyšetření (např. CT, histologie, MRI, operační protokol, audiogram).

|                                                          |                           |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|
| Název onemocnění, které vedlo k trvalým následkům nemoci | Kód diagnózy podle MKN-10 |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|

Kdy bylo onemocnění, v důsledku kterého došlo k trvalým následkům, u pojištěného poprvé diagnostikováno? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

V případě narození vícčetat nebo narození dítěte s vrozenou vadou uveďte datum vzniku těhotenství.

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pojištěného? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

Uveďte, kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotnické dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky).

|                                               |               |
|-----------------------------------------------|---------------|
| Datum indikace k případnému operačnímu řešení | Datum operace |
|-----------------------------------------------|---------------|

Vzniklo onemocnění jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků, které návykové látky obsahují?  Ano  Ne

#### ZANECHALO ONEMOCNĚNÍ NĚKTERÝ Z NÍŽE UVEDENÝCH TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI?<sup>2)</sup>

|  |                             |
|--|-----------------------------|
|  | Uveďte rozsah/stupeň/popis: |
|--|-----------------------------|

#### Následky selhávání orgánů:

- trvalá kolostomie
- trvalá ileostomie
- trvalá tracheostomie
- parenterální výživa
- trvalé podávání kyslíku
- konečné stadium onemocnění ledvin, plic, jater, srdce, slinivky

#### Ochrnutí:

- ochrnutí jedné končetiny
- ochrnutí dvou končetin
- ochrnutí tří nebo čtyř končetin
- obrna lícního nervu

#### Ostatní:

- ztráta sluchu
- ztráta zraku
- ztráta řeči
- amputace končetin
- ztráta schopnosti řídit automobil
- třetí asistovaná reprodukce IVF (po dvou neúspěšných pokusech)
- narození vícčetat
- narození dítěte s vrozenou vadou

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

|                                         |                     |     |
|-----------------------------------------|---------------------|-----|
| Ulice (místo), číslo popisné/orientační | Obec - dodací pošta | PŠČ |
|-----------------------------------------|---------------------|-----|

Datum

Razítko a podpis lékaře