



L6028 Zpráva lékaře - trvalé následky úrazu

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba). Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.

²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).

Lékař potvrzuje, že níže uvedené údaje se týkají pojištěného

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
---------------------------	----------	-------	-------

Údaje o úrazu	Datum úrazu	Místo úrazu
---------------	-------------	-------------

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu, jak je uvedl pojištěný:

Co udal pojištěný jako příčinu úrazu:

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uveďte datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):	Datum
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem:	Kód diagnózy podle MKN - 10
--------------------------------------------------	-----------------------------

Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte promíle alkoholu ‰ Uveďte hladinu a způsob měření návykové látky:	Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

Zdravotní stav pojištěného před úrazem (anamnéza)

Pokud ne, uveďte jaké zdravotní obtíže či nemoc se podílely na vzniku tělesného poškození:

Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

Byla poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postižena?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:
---------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	------------------------------------------

Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte jakou a od kdy:
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	-----------------------------------

Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak a kde byl úraz léčen a jaké následky zanechal:
-----------------------------------------------	----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Léčení tělesného poškození způsobeného úrazem

Popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):

Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?

od do

Operace (operační nález - přiložte prosím kopii operačního protokolu):

Kde byl poraněný léčen? Uveďte název a adresu všech zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od - do:

Je plánováno další léčení poraněného? Uveďte jaké (např. rehabilitace, operace, odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů):

Je léčení poraněného skončeno?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Zanechal-li úraz poraněnému trvalé následky, jsou ustáleny?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
--------------------------------	----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

Pokud nejsou trvalé následky ustáleny, uveďte důvod:

Hodnocení trvalých následků úrazu - lékař potvrzuje, že u pojištěného zjistil trvalé následky tohoto druhu a rozsahu:

Subjektivní potíže udávané pojištěným:

.....

Objektivní nález (u žtvev v obličeji uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm² nebo zakreslete na obrázku):

.....

**Při poranění končetin uveďte**

popis osy končetiny, které pohyby jsou omezeny, omezení hybnosti kloubu (lehký, střední, těžký stupeň).

PHK**LHK****Při poruše úchopové funkce HK uveďte**

kolik cm chybí do úplného sevření do dlaně, nemožnost natažení v cm.

PDK**LDK****Při poranění DK uveďte**

délku obou končetin, stabilitu kloubu - Lachman, vklavost kloubu, pronaci, supinaci, hypotrofii svalstva (srovnání s druhou DK), menisektomií (částečnou, úplnou)

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

| | | | |

Datum

20

Razítko a podpis lékaře