



L4034 Zpráva lékaře - ošetřování

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

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

**VŽDY JE NUTNÉ VYPLNIT PŘÍČINU
POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ.**

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

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

²⁾ V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.

Lékař potvrzuje, že zdravotní stav pojištěného			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
VYŽADOVAL JEHO NEZBYTNÉ CELODENNÍ OŠETŘOVÁNÍ Z DŮVODU ÚRAZU NEBO NEMOCI JINOU OSOBOU.			
Počátek nepřerušeno ošetřování		Konec nepřerušeno ošetřování	
Byl vystaven tiskopis ČSSZ „Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)“? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Příčina ošetřování (popis onemocnění nebo úrazu)	Kód diagnózy podle MKN-10²⁾	Doba léčení úrazu nebo nemoci od - do	
Kdy bylo onemocnění u pojištěného poprvé diagnostikováno? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.			
.....			
Jde-li o úraz, uveďte datum vzniku úrazu.			
.....			
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pojištěného? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.			
.....			
Jde-li o onemocnění, uveďte, kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s nynějším onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky).			
.....			
Datum indikace k případnému operačnímu řešení.			
.....			
Jde-li o dítě, bylo nutné jeho vyřazení z kolektivu?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Od	Do
Byl pojištěný v době ošetřování v pracovní neschopnosti?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Od	Do
Pokud pojištěný nebyl v pracovní neschopnosti, uveďte důvod:			
.....			
Pobyt v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Od	Do
Název zdravotnického zařízení:			
.....			
Doprovod ošetřující osobou při pobytu v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Od	Do
Byl dodržován léčebný režim?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Od	Do
Shora uvedené údaje případně doplňte kopíemi příslušných lékařských zpráv ze zdravotnické dokumentace pojištěného.			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
.....			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec - dodací pošta		PSČ

Datum

..... 2 0

Razítko a podpis lékaře

.....