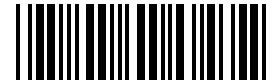




0000000001L6025



0 0 2

L6025 Zpráva lékaře - úmrtí

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí oprávněná osoba.

VŽDY JE NUTNÉ UVÉST ODPOVĚDI
NA VŠECHNY DOTAZY TÝKAJÍCÍ SE
ONEMOCNĚNÍ NEBO ÚRAZU, KTERÉ
BYLY PŘÍČINOU ÚMRTÍ.

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 zapíše datum narození
ve tvaru RRRMMDD/9999.

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

Lékař potvrzuje, že pojištěný			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
zemřel dne			
	v	hodin	Místo úmrtí
Příčina úmrtí ²⁾			Kód diagnóz podle MKN-10
<input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> nemoc			
Diagnózy (česky)			
Kdy byla lékařem poprvé diagnostikována nemoc, která byla příčinou smrti			
Další nemoci, které mají souvislost s úmrtím, vč. data určení jejich diagnóz lékařem			
Kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotnické dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s uvedenými nemocemi a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky)?			
Zdravotnické zařízení, ve kterém se pojištěný před smrtí léčil (název, adresa, klinika, oddělení, jména ošetřujících lékařů)			
Došlo k úmrtí následkem požití alkoholu nebo aplikace omamných či toxických látek, nebo přípravků tyto látky obsahujících? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Pokud ano, uveďte o jaký druh omamné či toxické látky pravděpodobně šlo			
V krvi bylo zjištěno _____, _____, _____ promíle alkoholu			
Další údaje (vyplňte pouze, nastala-li smrt v důsledku úrazu)			
Datum	Čas	Místo úrazu	
	_____	_____ hodin	
Uveďte okolnosti, za kterých k úrazu došlo (úrazový děj)			
Datum prvního lékařského ošetření			
Nastalo úmrtí pojištěného v důsledku úmyslného sebepoškození - sebevraždy? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Jiná sdělení lékaře			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ

Datum

_____ 20 _____

Razítko a podpis lékaře