



## L4048 Zpráva lékaře - terminální stadium onemocnění

### ZPRÁVA LÉKAŘE

#### Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí oprávněná osoba.

VŽDY JE NUTNÉ LIVĚST ODPOVĚDI  
NA VŠECHNY DOTAZY TÝKAJÍCÍ SE  
ONEMOCNĚNÍ.

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.

<sup>1)</sup> U cizinců se zapíše datum narození  
ve tvaru RRRMMDD/9999.  
<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem ☒  
(platí i v ostatních kolonkách  
s možností více variant).

POJIŠTĚNÝ			
Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
Uveďte datum, kdy bylo lékařem poprvé potvrzeno terminální stadium onemocnění			
Byla nasazena paliativní léčba? <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Uveďte název a adresu poskytovatele zdravotních služeb, jméno a odbornost lékaře, který stanovil terminální stadium.			
DOTAZY K ONEMOCNĚNÍ			
Přiložte kopie lékařských zpráv ze speciálních vyšetření (např. CT, histologie, MRI, operační protokol).			
Název onemocnění, u kterého bylo potvrzeno terminální stadium		Kód diagnózy podle MKN-10	
Popis onemocnění			
Kdy bylo onemocnění u pojištěného poprvé diagnostikováno? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.			
Kdy došlo k prvotnímu lékařskému ošetření pojištěného? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.			
Kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotnické dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s nynějším onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky)?			
Vzniklo onemocnění jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků, které návykové látky obsahují? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ

Datum

2 0

Razítko a podpis lékaře