



0000000001L6027



0 0 2

L6027 Zpráva lékaře - vážné onemocnění

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 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 ☒

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
a zjistil u něj toto vážné onemocnění:			
Název vážného onemocnění		Kód diagnózy podle MKN-10	
Uveďte bližší popis vážného onemocnění, resp. výkonu, který byl proveden (v případě nádorového onemocnění doložte histologický nález).			
.....			
Kdy byla diagnóza stanovena (příp. verifikována), resp. kdy byl proveden výkon?			Datum
V případě narození vícčetat nebo narození dítěte s vrozenou vadou uveďte datum vzniku těhotenství.			Datum
Ve kterém zdravotnickém zařízení? Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.			
Kdy byly pozorovány nebo zjištěny první příznaky tohoto onemocnění, jiné nemoci či poruchy, které byly v přímé příčinné souvislosti s vážným onemocněním?			Datum
Ve kterém zdravotnickém zařízení? Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.			
Uveďte chronologický popis příznaků.			
.....			
Vzniklo onemocnění jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků, které návykové látky obsahují ²⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Byl pojištěný informován o uvedeném vážném onemocnění ²⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, kdy a jakým způsobem?	
Současný stav pojištěného a způsob terapie			
.....			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ

Datum

2 0

Razítko a podpis lékaře