



134



00000000024015

Žádost o výpis ze zdravotnické dokumentace

Číslo nabídky / pojistné smlouvy

**Kooperativa pojišťovna, a.s.,
Vienna Insurance Group
MUDr. Šárka Bílková
Brněnská 634
664 42 Modřice**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,
se souhlasem níže jmenovaného pojištěného si Vás dovoluujeme požádat o výpis z jeho zdravotnické dokumentace. Za úplné vyplnění tiskopisu ve všech bodech Vám Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, vyplatí odměnu 550 Kč na základě Vámi vystavené faktury.

Fakturujte na adresu: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO: 47116617

A. Pojištěný / pojišťovaný	Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul	
	Adresa trvalého pobytu/bydliště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační			PSČ
	Obec – dodací pošta	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ¹⁾			
	E-mail	Mobilní telefon	Telefon		
	¹⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR.				

1. Anamnestické údaje a výčet chorob, pro které byl jmenovaný léčen:

Výška:	Hmotnost: Ze dne:	Poslední dvě hodnoty naměřeného TK	TK: / Ze dne:	TK: / Ze dne:
Puls:	Kouření (počet cigaret):	Alkohol:	Drogy:	Jiné návyky:

R.A.:

O.A.:

Pravidelná medikace (název léku, dávkování):

2. Opis posledních výsledků vyšetření s udáním data, kdy bylo provedeno:

a) RTG b) EKG c) krve d) moči e) jiné odborné vyšetření

3. Pracovní neschopnost v posledních deseti letech s uvedením diagnózy a přesného data (den, měsíc, rok) začátku a konce pracovní neschopnosti. U osob, které nejsou v pracovním poměru, uveďte, kdy byl jmenovaný v posledních letech ve stavu nemocných s udáním diagnózy a přesného data (den, měsíc, rok) začátku a konce nemoci:

4. Pobírá/pobíral jmenovaný invalidní důchod nebo o něj žádal nebo má přiznání ZPS? Od kdy? Jak dlouho? Proč? V případě podání žádosti o invalidní důchod nebo ZPS uveďte datum jejího podání a důvod (diagnóza):

5. Přesná diagnóza onemocnění, pro které je klient sledován:

První příznaky onemocnění (měsíc a rok, charakter obtíží):

6. Je jmenovaný pod pravidelnou kontrolou odborného lékaře nebo zdravotnického zařízení? Uveďte přesnou adresu a jméno lékaře; přiložte kopie lékařských zpráv:

Datum
| | | | | 2 | 0 | | | |

Jméno lékaře / název zdravotnického zařízení:

Adresa

Telefon

.....
Razítko a podpis lékaře