



L7024 Zpráva lékaře - tělesné poškození úrazem

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

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 ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
a zjistil u něj tělesná poškození tohoto druhu a rozsahu			
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uveďte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře)			
Co udal pacient při prvním ošetření jako příčinu úrazu			
Diagnóza vlastního zranění (česky)			Kód diagnózy podle MKN - 10
Podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu			
Výsledek radiodiagnostického vyšetření - RTG, CT, MR, sono aj. (přiložte popis z RDG oddělení)			
Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace)			
POHMOŽDĚNÍ			
Byla použita fixace ²⁾	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte druh fixace:	
Došlo k poruše funkce postižené části těla nebo orgánu?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
RÁNY			
Typ a velikost rány	Jednalo se o hlubokou ránu do podkožní? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Byla provedena revize rány?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Byla provedena excize okrajů rány? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Byla provedena sutura rány? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte druh stehu:		Datum vnyětí stehů
POPÁLENINY NEBO OMRZLINY			
Jednalo se o <input type="checkbox"/> popáleninu nebo <input type="checkbox"/> omrzlinu?			
Uveďte stupeň:		Uveďte rozsah v cm ² nebo v % povrchu těla:	
V případě více stupňů popálenin nebo omrzlin, uveďte jejich rozsah pro každý stupeň:			
ÚRAZY ZUBŮ			
Číselné označení zubu:	Byl zub před úrazem vitální? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Došlo úrazem ke ztrátě vitality? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Došlo úrazem k ohrožení vitality zásahem linie lomu do zubní dřevě? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Číselné označení zubu:	Byl zub před úrazem vitální? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Došlo úrazem ke ztrátě vitality? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Došlo úrazem k ohrožení vitality zásahem linie lomu do zubní dřevě? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Číselné označení zubu:	Byl zub před úrazem vitální? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Došlo úrazem ke ztrátě vitality? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Došlo úrazem k ohrožení vitality zásahem linie lomu do zubní dřevě? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
HOSPITALIZACE			
Vyžádal si úraz hospitalizaci? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte její délku od - do:		
Název zdravotnického zařízení, ve kterém byl poraněný hospitalizován:			
Pokud byl poraněný operován, popište stručně operační nález a přiložte, prosím, kopii operačního protokolu:			
Byla nutná rehabilitace? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte její délku od - do:		
Zvolená terapie:			

