Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Vyplněný formulář včetně příloh zašlete na adresu:
Kooperativa pojišťovna, a.s.,
Vienna Insurance Group
Centrum zákaznické podpory
Brněnská 634, 664 42 Modřice

Prezentační razítko

0000000000L4126

0 0 2

L4126 Zpráva lékaře - zálohové plnění za ošetřování

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).

VŽDY JE NUTNÉ VYPLNIT PŘÍČINU POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ.

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 RRMMDD/9999.
[2]) V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.
[3]) Nehodící se škrtněte.

Lékař potvrzuje, že zdravotní stav pojištěného

Rodné číslo[1])	Příjmení	Jméno	Titul

VYŽADOVAL JEHO NEZBYTNÉ CELODENNÍ OŠETŘOVÁNÍ Z DŮVODU ÚRAZU NEBO NEMOCI JINOU OSOBOU.

Počátek nepřerušeného ošetřování	Při neukončeném ošetřování uveďte datum, ke kterému ošetřování trvá	Konec nepřerušeného ošetřování, je-li ukončeno

Příčina ošetřování (popis onemocnění nebo úrazu)	**Kód diagnózy podle MKN-10[2])**	**Léčení úrazu nebo nemoci od - do (stále trvá/je ukončeno)[3])**	

Kdy bylo onemocnění u pojištěného poprvé diagnostikováno? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

Jde-li o úraz, uveďte datum vzniku úrazu.

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pojištěného? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

Jde-li o onemocnění, uveďte, kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s nynějším onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky).

Datum indikace k případnému operačnímu řešení

Jde-li o dítě, bylo nutné jeho vyřazení z kolektivu?	☐ Ano ☐ Ne	Od	Do (stále trvá/ukončeno)[3])
Byl pojištěný v době ošetřování v pracovní neschopnosti?	☐ Ano ☐ Ne	Od	Do (stále trvá/ukončeno)[3])
Pokud pojištěný nebyl v pracovní neschopnosti, uveďte důvod:			
Pobyt v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení	☐ Ano ☐ Ne	Od	Do (stále trvá/ukončeno)[3])
Název zdravotnického zařízení:			
Doprovod ošetřující osobou při pobytu v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení	☐ Ano ☐ Ne	Od	Do (stále trvá/ukončeno)[3])
Byl dodržován léčebný režim?	☐ Ano ☐ Ne	Od	Do
Dochází ošetřovaný na pravidelné kontroly?	☐ Ano ☐ Ne	Pokud ano, uveďte datum příští lékařské kontroly	

Shora uvedené údaje případně doplňte kopiemi příslušných lékařských zpráv ze zdravotnické dokumentace pojištěného.

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec - dodací pošta	PSČ

Datum 20

Razítko a podpis lékaře