Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Potvrzení o zdravotním stavu praktickým registrujícím lékařem

Číslo pojistné události

POŠKOZENÝ

Rodné číslo

Jméno a příjmení

Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec – dodací pošta

PSČ

Souhlas poškozené(ho) s poskytnutím požadovaných údajů – podpis poškozené(ho)

POTVRZENÍ LÉKAŘE

1. Potvrzuji, že současné zdravotní poškození, které je přímým následkem **pracovního úrazu/nemoci z povolání/**ze dne i nadále trvá a neumožňuje poškozené/mu pracovat v původním pracovním zařazení.

ANO* **NE***

2. Potvrzuji, že poškozená/ý poté utrpěl nepracovní úraz, nebo onemocněl chronickou obecnou chorobou, případně došlo k progresi obecného onemocnění vzniklého před pracovním úrazem/zjištěním nemoci z povolání/, které nemá souvislost s pracovním úrazem/nemocí z povolání.

ANO* **NE***

Pokud **ANO,** zakřížkujte vzniklé chronické obecné onemocnění:
(Sdělení údajů pod čísly 1-11 je dobrovolné a lékař je vyznačí jen se souhlasem poškozeného).

- ☐ 1. hypertensní nemoc stupně
- ☐ 2. ischemická nemoc srdeční s nebo bez anginy pectoris , s nebo bez proběhlého infarktu
- ☐ 3. chronické onemocnění plic nebo průdušek (např. chronická bronchitis, CHOPN, asthma…)
- ☐ 4. bolestivý syndrom páteřní s nebo bez kořenového dráždění
- ☐ 5. arthrotické postižení velkých kloubů horních či dolních končetin degenerativní
- ☐ 6. rheumatické onemocnění kloubní seronegativní či seropositivní
- ☐ 7. psychiatrické onemocnění charakteru psychosy
- ☐ 8. zhoubné nádorové onemocnění jakéhokoli charakteru
- ☐ 9. onemocnění periferního či centrálního nervového systému vleklého charakteru
- ☐ 10. vleklé onemocnění všech částí zažívacího traktu
- ☐ 11. jiné

3. Potvrzuji, že toto onemocnění by jmenovanou/ého z výkonu v jeho původním pracovním zařazení (nehledě k pracovnímu úrazu či nemoci z povolání)

VYŘAZOVALO* **NEVYŘAZOVALO***

*) Nehodící se škrtněte (platí i v ostatních ujednáních s možností více variant).

Za toto potvrzení poškozený/á uhradil/a Kč /doloženo účetním dokladem/.

Datum 20

svým razítkem a podpisem potvrzuji pravdivost údajů

Upozornění

Potvrzení má platnost 1 rok, poté musí být nahrazeno aktuálním potvrzením.

Vyplněný formulář zašlete na adresu

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
P. O. Box 50, 664 42 Modřice

Lm-523 (03/2016)

Lm-523 POTVRZENI-03-2016-2.indd 1 11.3.16 9:48