



ZPRÁVA O POŠKOZENÍ ZDRAVÍ (BOLESTNÉ)

vypracovaná podle MKN - 10* na základě zdravotnické dokumentace od všech poskytovatelů zdravotních služeb, u nichž byl poškozený léčen pro:

Úraz ze dne

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POŠKOZENÝ

Rodné číslo: _____ Příjmení: _____ Jméno: _____ Titul: _____ Jiné státní občanství než ČR, jaké

Adresa trvalého pobytu/bydliště: Ulice (místo), číslo popisné/orientační _____ PSČ: _____

Obec – dodací pošta: _____ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód

E-mail: _____ Mobilní telefon: _____ Telefon: _____

Korespondenční adresa: Ulice (místo), číslo popisné/orientační _____ PSČ: _____

Obec – dodací pošta: _____

JE-LI POŠKOZENÝ NEZLETILÝ (NESVÉPRÁVNÝ), UVEĎTE JMÉNO A ADRESU JEHO ZÁSTUPCE

Rodné číslo: _____ Příjmení: _____ Jméno: _____ Titul: _____ Jiné státní občanství než ČR, jaké

Adresa trvalého pobytu/bydliště: Ulice (místo), číslo popisné/orientační _____ PSČ: _____

Obec – dodací pošta: _____ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód

E-mail: _____ Mobilní telefon: _____ Telefon: _____

C. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukáže na číslo účtu: _____ Kód banky: _____ Specifický symbol: _____

Souhlasím s tím, aby pojistitel za účelem šetření pojistné události zpracovával ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, mé osobní údaje, včetně citlivých osobních údajů týkajících se mého zdravotního stavu. Beru na vědomí, že osobní údaje, vč. údajů o zdravotním stavu, jsou zpracovávány v rozsahu a po dobu nezbytnou pro výkon práv a plnění závazků vyplývajících z pojištění, že neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemožnost plnění z pojištění a dále že údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu s citovaným zákonem. Byl jsem poučen o právu na informaci o rozsahu zpracování mých osobních údajů podle § 12 a právu na ochranu mých práv podle § 21 citovaného zákona.

Souhlasím s tím, aby pojistitel nebo pojistitelem určený lékař zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav pro účely šetření pojistné události, a to zejména formou dotazů u ošetřujících lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. vypůjčení zdravotnické dokumentace; tento souhlas platí i po mé smrti a vztahuje se i na zjištění příčin mé smrti. Zároveň v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, opravňuji příslušné poskytovatele zdravotních služeb, aby na jeho žádost poskytli požadované informace tak, jak jsou povinni je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona.

Datum: _____

V _____ Podpis poškozeného _____ Podpis zástupce, je-li poškozený nezletilý (nesvéprávný) _____

D. KLASIFIKACE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ

Lékařské zprávy, ze kterých se určovalo poškození zdraví, přiložte přílohou.

Léčení zahájeno dne: _____ Léčení skončeno dne: _____

Práce neschopen od: _____ do: _____ Pracovní neschopnost vznikla v souvislosti s úrazem Ano Ne

Příčina úrazu (podle poškozeného): _____

KLASIFIKACE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ (není-li diagnózy posuzovaného poranění, použijte položku nejbližší srovnatelnou)

Slovní označení diagnózy tělesného poranění způsobeného úrazem (vyplňte prosím česky) Číslo kódu dle MKN - 10 Rozsah poranění v cm, % nebo jiná bližší specifikace

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (Kapitola XIX)

D. KLASIFIKACE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ

Popište případné komplikace průběhu léčení úrazu

E. DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE

Kde a kdy byl poškozený hospitalizován?

V

od

do

Operace (operační nálezy - přiložte, prosím, kopii operačního protokolu)

Lze předpokládat další léčení poškozeného? Uveďte jaké (např. rehabilitace, operace)

Byl poškozený před úrazem zdravý?

Ano Ne

Jakou chorobou trpěl v době úrazu (český název)

Měl předchozí zdravotní stav vliv na
a) vznik úrazu

b) rozsah a následky úrazu

Stal se úraz pod vlivem alkoholu (uveďte promíle alkoholu v krvi), jiné návykové látky nebo léku označeného varovným symbolem?

Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky? Uveďte jaké

Jiná sdělení lékaře

F. ZPRÁVU VYPRACOVAL

Jméno a příjmení lékaře a název poskytovatele zdravotních služeb

IČO

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec – dodací pošta

PSČ

Název oddělení

Telefonní číslo lékaře

Za vypracování této zprávy byla poškozenému vyúčtována částka ve výši

Kč

Datum

20

Podpis a razítko lékaře



Kooperativa



Kooperativa



Kooperativa



Kooperativa



Kooperativa



Kooperativa



Kooperativa



Kooperativa



Kooperativa

