



# Správa lekára o úraze

Poskytnutie údajov je v súlade so súhlasom poisteného alebo jeho zákonného zástupcu (viď predná strana). Prosíme o dôkladné vyplnenie.

## Údaje o úraze

Meno a priezvisko poisteného			Rodné číslo
Kedy došlo k úrazu?	Kedy bolo poskytnuté prvé ošetrovanie?	Čo je uvedené ako príčina úrazu v zdravotnej dokumentácii?	Poistený je
Dňa:	Dňa:		<input type="checkbox"/> ľavák <input type="checkbox"/> pravák
Podrobný popis všetkých telesných poškodení spôsobených úrazom s uvedením všetkých príznakov poranení zistených pri prvom ošetrovaní:			
Diagnózy všetkých telesných poškodení spôsobených úrazom (s uvedením stupňa a rozsahu):			
RTG (prípadne iné vyšetrenia a nálezy) — kedy, kde a popis:			
Priebeh a spôsob liečby (vrátane druhu a doby fixácie):			
Došlo k predĺženiu liečby v dôsledku komplikácií? Ak áno, akých?			

## Ďalšie údaje o liečbe úrazu

Operácia <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak áno, kedy, kde a popis zákroku?		
Hospitalizácia <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak áno, kedy a kde?		
Rehabilitácia <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak áno, kedy, kde a z akého dôvodu?		
Celková doba liečby pod dohľadom lekára	Pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu	Ak nebola vystavená pracovná neschopnosť, uveďte dôvod	
Od:	Do:	Od:	Do:
Došlo k priebehu liečby daného úrazu k súbehu liečby iného úrazu alebo choroby?		Ak áno, o aký úraz alebo chorobu išlo? (Prosíme uviesť presnú diagnózu a dátum vzniku.)	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie			
Došlo k úrazu v dôsledku požitia alkoholu alebo iných návykových látok?		Ak áno, akých? Uveďte príznaky požitia.	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Zistené:                      ‰ (mg/l) alkoholu v krvi                      ‰ (mg/l) alkoholu v moči	

## Trvalé následky

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?	Ak áno, akého druhu a rozsahu?
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kedy predpokladáte ich ustálenie?

## Predchorobie

Bola funkcia poranených častí tela obmedzená už pred úrazom?	Ak áno, odkedy a v akom rozsahu?
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Trpel poistený už pred týmto úrazom ťažkosťami alebo úrazmi poranenej časti tela?	Ak áno, odkedy, akými a v akom rozsahu?
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	

## Iné pripomienky lekára

Zdravotnícka dokumentácia poisteného je vedená (meno a adresa lekára a zdravotníckeho zariadenia):

Potvrďujem, že údaje v Správe lekára o úraze sú pravdivé a úplné a týkajú sa poisteného uvedeného na prednej strane tohto tlačiva.

IČO:

Telefonický kontakt:

Kód lekára, pridelený ČSOB Poistovníou, a. s. (ak je Vám známy)

V ..... dňa .....

Pečiatka a podpis lekára