

Lékařská zpráva pro odškodnění za vytrpěné bolesti

Formulář vypracovaný v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí - 10. revize - na základě úplných písemných informací předaných ošetřujícími lékaři, kteří se zúčastnili léčení poškozeného.

1. Úraz ze dne: _____

2. Zraněný

Příjmení: _____ Jméno: _____ Titul: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Bydliště: _____ PSČ: _____

Povolání: _____

3. Vstoupil do léčení dne: _____

4. Práce neschopen od: do: _____

5. Léčení skončeno dne: _____

6. Příčina úrazu podle popisu zraněného: _____

7. Souhlas zraněného

Souhlasím s tím, aby za účelem vyřizování pojistné události Česká pojišťovna a.s., zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 1464, IČ: 45272956 (dále jen „ČP“), zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje v rámci pojišťovací činnosti a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností, a to po dobu nezbytně nutnou. Poskytnuté údaje bude zpracovávat ČP nebo zpracovatel registrovaný Úřadem pro ochranu osobních údajů v souladu s ustanovením § 16 zákona. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. **V případě, že si poškození zdraví vyžádalo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení případně ambulantní ošetření, tvoří přílohu posudku fotokopie propouštěcí zprávy, resp. zprávy o ambulantním ošetření, o níž poškozený tímto v souladu s ust. § 65 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování žádá.**

V _____ dne _____

Podpis zraněného nebo zákonného zástupce _____

8. Utrpěná zranění

poř. č.	kód dle MKN-10	klasifikace poškozeného zdraví
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

Škodní událost č.: _____

9. Další informace o průběhu léčení

10. Byl zraněný před úrazem zdrav?

ANO / NE *

11. Jakou chorobou trpěl? _____

12. Měl předchozí stav vliv na vznik úrazu?

ANO / NE *

Měl předchozí stav vliv na následky úrazu?

ANO / NE *

13. Stal se úraz v opilosti?

ANO / NE * (uvedte promile alkoholu)

14. Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky?

ANO / NE * Uveďte jaké:

* Nehodící se škrtněte

15. Vyhotoveno

V _____

dne _____

Jmenovka a podpis lékaře,
který posudek zpracoval

Podpis vedoucího a razítko zdravotnického
zařízení, které posudek vydává