



ZPRÁVA LÉKAŘE (POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU) – část B

Jméno pacienta:		Rodné číslo: □□□□□□/□□□□	
První lékařské ošetření (datum, adresa zdrav. zařízení, jméno lékaře):			
Co udal pacient jako příčinu úrazu?			
Popis poranění:			
Diagnóza:			
Způsob léčení:			
Kde byl poraněný hospitalizován? Od kdy? Do kdy?			
Operace:			
Rehabilitace (uveďte, prosím, formu, délku, kolikrát týdně a datum ustálení zdravotního stavu):			
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku dalších komplikací, uveďte, prosím, z jaké příčiny a o jaké komplikace šlo:			
Došlo k hnisání? od do			
Celková doba léčení úrazu: od do		Doba pracovní neschopnosti (resp. doba, na kterou by byla vystavena u osob, kterým se PN nevystavuje): od do	
Rozsah postižení poraněné části těla před úrazem a jeho souvislost s úrazem:			
Jiné poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazem:			
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE (hodící se zaškrtněte)			
Jaké byly příznaky?			
O jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo? V krvi bylo zjištěno % alkoholu.			
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?			
Předpokládaný rozsah trvalých následků:			
Jiné zdravotní sdělení lékaře:			
V dne 200... .. razítko a podpis lékaře			

POTVRZENÍ POBYTU V NEMOCNICI – část C

Jméno pacienta:		Rodné číslo: □□□□□□/□□□□□	
Den příjmu:	Číslo příjmu:	Den propuštění:	
Dny propustky:			
Diagnóza:			
Předpoklad, jak dlouho bude trvat pracovní neschopnost po ukončení hospitalizace (pokud byla pracovní neschopnost vystavena):			
Název nemocnice:		Razítko nemocnice a podpis lékaře, který formulář vyplňoval:	

POV - ČPZ 2005.03