

Jméno a příjmení pojištěného:	Rodné číslo:
Bydliště:	Telefon:
Pojistná smlouva:	Škodná událost:

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

Počátek pracovní neschopnosti:	Práce schopen od:
Datum poslední lékařské kontroly:	Datum příští lékařské kontroly:
Diagnóza (zn. MKN-10 i slovně):	
Léčil se pacient v minulosti s tímto onemocněním?	Kdy a jak?
Uveďte přesné datum , kdy bylo pojištěnému toto onemocnění diagnostikováno:	
Došlo během léčení ke změně diagnózy? (pokud ano, na jakou, kdy a datum prvního záchytu)	
Průběh a způsob léčení:	
Komplikace:	
Výsledky vyšetření – RTG, SONO (pokud byla provedena):	
Prognóza:	
Bylo-li provedeno odborné vyšetření, uveďte jeho výsledek:	
Bude v průběhu jednoho měsíce zdravotní stav pacient posuzován lékařskou posudkovou komisí nebo posuzujícím lékařem? Pokud ano, kdy?	
Pobírá pacient důchod (invalidní či starobní)? Pokud ano, od kdy?	
Datum vystavení:	Razítko a podpis lékaře: