

Doručeno

--	--

--	--

Pro interní
potřeby
pojistitele

* Pozn.: platnou variantu označte křížkem X v rámečku umístěném vpravo od správné varianty

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře a doklad o pracovní neschopnosti

(v případě nedostatku místa napište odpovědi na dotazy na zvláštní list či zašlete kopii předmětné zdravotní dokumentace)

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pacienta, který je uveden na první straně tohoto oznámení. Ze záznamů zdravotní dokumentace a dalších evidencí uvádí:

Iméno a příjmení pojištěného:	rodné číslo:							/				
Datum vzniku pracovní neschopnosti:												
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pro uvedenou nemoc nebo úraz. Jaká byla stanovena diagnóza, uveďte slovně i označením podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10):												
Změna diagnózy:										ode dne:		
Změna diagnózy:										ode dne:		
Odpovídá, v případě úrazu, tělesné poškození a jeho rozsah úrazového ději, jak je uvedeno na 1. str. oznámení?* ANO ☐ NE ☐												

RTG nález s popisem:		
Popište, prosím, podrobně způsob a druh léčení (názvy a dávkování léků, druh aplikace léků, druh podpůrné léčby, u rehabilitace udejte druh léčby:		
Rehabilitace	od:	do:
V případě úrazu, byla poraněná končetina nebo orgán již před tímto úrazem postižen (-a)? V jakém rozsahu:		

Byl pacient pro stejné onemocnění v minulosti již léčen? Kdy vznikly první obtíže, kdy a kde se léčil?
Je průběh onemocnění či léčení úrazu komplikován? Druh komplikace:
Byl pojištěný v souvislosti se současným onemocněním hospitalizován? Kdy? Jak dlouho? Uveďte adresu nemocničního zařízení a jméno ošetřujícího lékaře, telefon:

V případě trvání pracovní neschopnosti byly stanoveny vycházky? Pokud ano, tak ve které dny a hodiny:			
Na kdy je stanovena následující kontrola u ošetřujícího lékaře?:			
Došlo k onemocnění následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek? Pokud ano, tak do jaké míry shora uvedené mělo vliv na vznik onemocnění a trvání pracovní neschopnosti			
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?* ANO ☐	NE ☐	Bylo zjištěno: v krvi	%alkoholu v moči:
Do jaké míry požitý alkohol ovlivnil chování poraněného?			
Je pacientem dodržován léčebný režim? Pokud ne, jak byl porušen?			
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?* ANO ☐	NE ☐	Jakého rozsahu:	

Doklad o pracovní neschopnosti u osob nemocensky pojištěných:

Vyplňte u všech pojištěných osob, které jsou nemocensky pojištěny:	
Den vystavení dokladu o pracovní neschopnosti:	Číslo dokladu PN:
Od kdy, do kdy trvala pracovní neschopnost (v případě jejího ukončení):	
V případě trvání pracovní neschopnosti její předpokládaný konec:	
Doklad o pracovní neschopnosti byl zaslán na správu sociálního zabezpečení – adresa:	

Doklad o pracovní neschopnosti pro pojišťovnu Allianz u osob nemocensky nepojištěných:

Vyplňte pouze u osob samostatně výdělečně činných, které nejsou nemocensky pojištěny:	
Potvrzuji, že na základě shora uvedeného lékařského zprávy nedovoluje (nedovoloval) pojištěnému jeho zdravotní stav pro shora uvedenou nemoc nebo úraz vykonávat jeho dosavadní samostatnou výdělečnou činnost.	
Pracovní neschopnost trvala od	do
V případě trvání pracovní neschopnosti její předpokládaný konec:	

V _____ dne _____	razítko a podpis ošetřujícího lékaře adresa zdrav. zařízení, telefon
-------------------	---

* Pozn.: platnou variantu označte křížkem X v rámečku umístěném vpravo od správné varianty