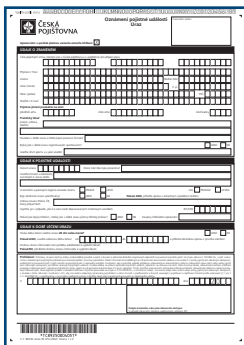


... Máte sjednané pojištění ve variantě DNL-MAX?

Formulář můžete vyplnit již po prvním kontrolním vyšetření. Vyplňte prosím **pouze** první stranu tohoto formuláře a přiložte lékařské zprávy z prvního ošetření a kontrolního vyšetření potvrzující konečnou diagnózu poranění.




**Lékařská zpráva
z prvního ošetření**

razítko
zdravotnického
zařízení
+
podpis lékaře



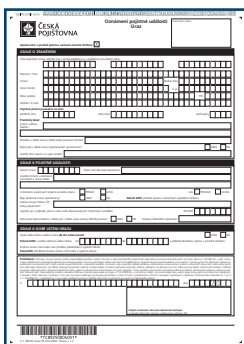
**Lékařská zpráva
z kontrolního
vyšetření**

razítko
zdravotnického
zařízení
+
podpis lékaře

Není třeba chodit k lékaři a předkládat k vyplnění druhou stranu formuláře – šetříte čas i peníze!

... Trvalo léčení vašeho úrazu 28 dní nebo méně?

Formulář vyplňte nejlépe až po skončení léčení. Vyplňte prosím **pouze** první stranu tohoto formuláře a přiložte lékařskou zprávu z prvního ošetření.



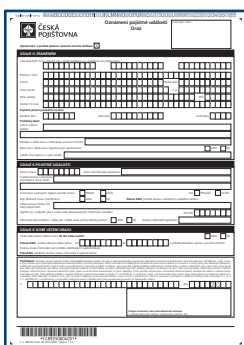

**Lékařská zpráva
z prvního ošetření**

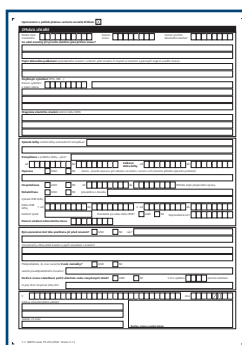
razítko
zdravotnického
zařízení
+
podpis lékaře

Není třeba chodit k lékaři a předkládat k vyplnění druhou stranu formuláře – šetříte čas i peníze!

... Trvalo léčení vašeho úrazu 29 dní či déle?

Formulář vyplňte nejlépe až po skončení léčení. Vyplňte prosím první stranu tohoto formuláře a druhou stranu formuláře předložte k vyplnění lékaři.





V případě **cestovního pojištění** přiložte k tomuto oznámení úrazu **doklad o sjednaném pojištění**.

Výše uvedené prosím předejte do České pojišťovny a.s.:

- osobně na kterémkoli obchodním místě (seznam a adresy najdete na www.ceskapojistovna.cz)
- poštou na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. Box 305, 601 00 Brno
- elektronicky v naskenované podobě prostřednictvím internetových stránek www.ceskapojistovna.cz/klient

V případě jakýchkoliv dotazů se prosím obraťte na pracovníky obchodních míst České pojišťovny a.s. nebo telefonicky na číslo Klientského servisu 841 114 114.

Upozornění: u políček platnou variantu označte křížkem

ZPRÁVA LÉKAŘE

Rodné číslo zraněného

Datum úrazu

Datum prvního lékařského ošetření

Co udal zraněný při prvním ošetření jako příčinu úrazu?

Popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu či stupně (u končetin a párových orgánů uveďte stranu)

Doplňující vyšetření (RTG, MR...)

Datum vyšetření a popis nálezu

Diagnóza vlastního zranění včetně kódu MKN

Způsob léčby včetně léčby eventuálních komplikací

Komplikace v průběhu léčby – jaké?

od do Celková doba léčby od do

Operace ANO NE datum, způsob operace (při zákroku na kolenu, rameni a AŠ prosíme přiložte operační protokol)

Hospitalizace ANO NE od do Přiložte kopii propouštěcí zprávy.

Rehabilitace ANO NE prováděna z důvodu

Způsob RHB léčby

Délka RHB léčby 1. od do 2. od do

Kolikrát týdně Pravidelně po celou dobu RHB? ANO NE Nepravidelně od?

Datum ustálení zdravotního stavu

Byla poraněná část těla postižena již před úrazem? ANO NE Jak?

Jiné poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazem?

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? ANO NE

Jakého pravděpodobného rozsahu?

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek? ANO NE V krvi zjištěno promile alkoholu

O jaký druh návykové látky šlo?

V dne 20

Adresa zdravotnického zařízení

Telefon / E-mail

Razítko, jméno a podpis lékaře