

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře a doklad o pracovní neschopnosti

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy v uvedeném rozsahu:

Iméno a příjmení pojištěného:	rodné číslo:																							
Datum vzniku úrazu:																								
Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření?										Dne					v					hodin				
Kde bylo provedeno první ošetření? Uvedte, prosím, jméno a příjmení lékaře a adresu zdravotnického zařízení:																								
Co uvedl poraněný při prvním ošetření jako příčinu úrazu?																								

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?*										ANO		NE									
V krvi bylo zjištěno % alkoholu.										V případě návykové látky – o jaký druh pravděpodobně šlo?											
Příznaky požití alkoholu nebo návykových látek a do jaké míry požitý alkohol / návyková látka ovlivnila chování poraněného:																					
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození nebo pokus o sebevraždu?*										ANO		NE									

Diagnóza vlastního zranění a přesný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu:																			
Podrobně, prosím, popište způsob léčby:																			

*RTG		CT		MR		jiné speciální vyšetření – jaké?													
Provedeno kdy:										kde:									
Přesný opis nálezu:																			
V případě fixace – druh:										od					do				
Rehabilitace – způsob RHB léčby a počet absolvovaných procedur; adresa RHB zařízení:																			
Délka RHB léčby: od										do									

Kde byl zraněný hospitalizován?										Od kdy?					Do kdy?						
Přiložte, prosím, kopii propouštěcí zprávy.																					
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?*										ANO		NE		Jakého druhu a rozsahu:							

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Kdy a v jakém rozsahu:																			
Došlo-li k prodloužení doby nezbytného léčení v důsledku komplikací souvisejících s úrazem, uveďte, prosím, o jaké komplikace šlo a jejich léčbu (od – do):																			
Skutečná doba nezbytného léčení v důsledku úrazu (včetně komplikací): od										do									

Doklad o pracovní neschopnosti u osob nemocensky pojištěných:																			
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:																			

Potvrzení o nezbytné délce léčení u pojištěných, kterým se nemocenské dávky nevyplácejí (OSVČ nemocensky nepojištěné, studenti, děti, atd.) nebo se u nich podle pojistných podmínek doklad o pracovní neschopnosti nevyžaduje:

Doba nezbytného léčení: od										do									
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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