

Tato zpráva, vyplněna ošetřujícím lékařem, je určena pro Colonnade Insurance S.A., organizační složka, Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4

PACIENT

Jméno a příjmení

Kontaktní adresa

Datum nar.

Je pacient v invalidním důchodu?

Ano

Ne

Datum přiznání ID

Datum odebrání ID

Je pacient v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění?

Ano

Ne

Pokud ano, uveďte diagnózu a datum prvního záchytu

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Pracovní neschopnost trvá

Ano

Ne

Datum počátku pracovní neschopnosti

Příčina pracovní neschopnosti

Úraz

Nemoc

Datum ukončení pracovní neschopnosti

Došlo k pracovní neschopnosti v souvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropních látek?

Ano

Ne

DIAGNÓZA

Uveďte, prosím, veškeré diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla vystavena pracovní neschopnost

Diagnóza

Datum prvního záchytu

Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti (od–do)

Datum předchozího léčení diagnózy

Etiologie (případně úrazový děj)

Diagnóza

Datum prvního záchytu

Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti (od–do)

Datum předchozího léčení diagnózy

Etiologie (případně úrazový děj)

Diagnóza

Datum prvního záchytu

Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti (od–do)

Datum předchozího léčení diagnózy

Etiologie (případně úrazový děj)

Byl pacient v souvislosti s výše uvedenými diagnózami indikován k operačnímu řešení či hospitalizaci?

Ano

Ne

Diagnóza

Datum operace / hospitalizace

JINÉ SDĚLENÍ LÉKAŘE

V

Dne

Vystavil / Razítko a podpis ošetřujícího lékaře