

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE



Jméno a příjmení pojištěného Rodné číslo

Datum hodina úrazu

K prvnímu lékařskému ošetření došlo dne hodina Jméno lékaře a adresa zdravotnického zařízení

Diagnóza vlastního zranění včetně kódu podle MKN 10

Podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem (např. u zhmožděnin uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části; u rány typ a velikost; u popálenin rozsah a stupeň; u poranění zubů číslo zubu a zda došlo k jeho ztrátě nebo ohrožení vitality; apod.)

RTG nález s popisem nebo jiná speciální vyšetření (CT, MR) - přiložit kopii zprávy nebo vypsát závěry

Popis způsobu léčení (např. u fixace uveďte druh a dobu; rehabilitace od-do, kde; apod.)

Hospitalizace od do kde

Operace (datum) - přiložit kopii operačního protokolu

Při prodloužení doby léčení uveďte důvody (komplikace od-do)

Celková doba léčení od do Doba prac. neschopnosti od do

Vystaveno potvrzení PN č. datum vystavení

Příčina úrazu podle pacienta uvedená při prvním ošetření

Odpovídá tělesné poškození okolnostem, které uvedl poškozený? ANO NE

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Pokud ano, uveďte rozsah a v kterém roce došlo k předchozímu postižení ANO NE

Došlo k úrazu v důsledku požití alkoholu nebo návykových látek nebo byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? Pokud ano, rozveďte (příznaky, promile alkoholu v krvi, apod.) ANO NE

Bylo příčinou úrazu sebepoškození? Pokud ano, uveďte podrobnosti ANO NE

Došlo k úrazu cizím zaviněním? ANO NE Byl úraz vyšetřován policií? ANO NE

Předpokládáte, že úraz zanechá TN? Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu ANO NE

Jiné sdělení lékaře

Jméno lékaře nebo název a adresa zdrav. zařízení včetně telefonního nebo případně i emailového kontaktu

Razítko a podpis lékaře

Datum Počet příloh V případě hospitalizace přiložte kopii propouštěcí zprávy