



**Informace pro lékaře**

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba). Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného

Rodné číslo <sup>o)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
---------------------------	----------	-------	-------

a zjistil u něj toto vážné onemocnění:

Vážné onemocnění <sup>2)</sup>	Konečná diagnóza příslušného vážného onemocnění musí být doložena níže uvedenými lékařskými zprávami a dokumenty.
<input type="checkbox"/> Infarkt myokardu	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíž). EKG s popisem změn na srdečním svalu a zpráva z biochemického vyšetření prokazující zvýšení srdečních enzymů.
<input type="checkbox"/> Náhla cévní mozková příhoda	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíž). Musí být prokázáno trvalé neurologické postižení doložené objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie, a to nejdříve šest měsíců po vzniku onemocnění.
<input type="checkbox"/> Rakovina (zhoubný novotvar)	Histologický nálezn včetně čísla vyšetření. V případě chirurgického řešení operační diagnóza a druh výkonu. Klasifikace TNM.
<input type="checkbox"/> Lymfom, leukemie, Hodgkinova choroba	Zpráva odborného lékaře z oboru hematologie, u lymfomu též histologický nálezn.
<input type="checkbox"/> Nitrolební nádory nezhooubného původu	Propouštěcí zpráva z hospitalizace, při které bylo provedeno odstranění benigního nádoru. Pokud operace nebyla provedena, pak nutno doložit vyjádření neurochirurga o neoperabilitě a o trvalém neurologickém poškození.
<input type="checkbox"/> Akutní koronární syndrom	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíž). Výsledek koronarografického vyšetření srdečních tepen, operační protokol.
<input type="checkbox"/> Totální selhání ledvin	Lékařská zpráva z nefrologie vč. uvedením výsledků renálních funkcí a potvrzení o dialýze.
<input type="checkbox"/> Příčná míšní léze	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíž) a aktuální neurologický nálezn nejméně 3 měsíce od data vzniku onemocnění (obtíž).
<input type="checkbox"/> Klinicky potvrzená slepota / Glaukom	Úplný oftalmologický nálezn s hodnocením vtsu obou očí.
<input type="checkbox"/> Klinicky potvrzená hluchota	Výsledek audiometrického vyšetření, tympanometrie a vyšetření akustického reflexu odborným pracovištěm ORL.
<input type="checkbox"/> Životně nezbytná transplantace důležitých tělesných orgánů	Propouštěcí zpráva z hospitalizace pro transplantaci orgánů.
<input type="checkbox"/> Alzheimerova choroba (demence)	Výsledek klinického vyšetření psychologem, psychiatrem i neurologem. Nálezn MMSE skóre či jiné neuropsychologické škály a nálezn CT nebo MRI vyšetření.
<input type="checkbox"/> Parkinsonova choroba	Výsledek klinického neurologického vyšetření včetně uvedením nálezu CT nebo MRI a L-dopa test.
<input type="checkbox"/> Amyotrofická laterální skleróza	Výsledek klinického neurologického vyšetření včetně uvedením nálezu EMG vyšetření a nálezu MR mozku a krční míchy, event. vyšetření mozkomíšního moku.
<input type="checkbox"/> Systémový lupus erythematoses	Výsledek klinického vyšetření odborným lékařem revmatologem.
<input type="checkbox"/> Primární kardiomyopatie	Výsledek klinického vyšetření odborným lékařem kardiologem vč. nálezu vyšetření echokardiografie a MR srdečního svalu.
<input type="checkbox"/> Roztroušená skleróza	Objektivní nálezn lékaře specialisty v oboru neurologie vč. uvedením MR nálezu, a to nejdříve šest měsíců po vzniku prvních příznaků.
<input type="checkbox"/> Fulminantní meningokokové onemocnění	Výsledek odborného lékařského vyšetření (neurologie) vč. bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku, a to nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Idiopatická plicní fibróza	Výsledek vyšetření odborným plicním lékařem vč. histologického nálezu z provedené biopsie tkáně.
<input type="checkbox"/> Snížená soběstačnost	Výsledek odborného vyšetření vč. všech (laboratorních, klinických a jiných) nálezu. Příslušné rozhodnutí orgánu státní správy o přiznání dávky příspěvku na péči a o stupni závislosti (III. a IV. stupeň závislosti podle zákona o sociálních službách) doložené odbornými lékařskými zprávami.
<input type="checkbox"/> Cukrovka (diabetes mellitus)	Zpráva odborného lékaře z oboru diabetologie, kardiologie, neurologie, očního lékařství nebo nefrologie podle druhu pozdní cévní komplikace diabetu.
<input type="checkbox"/> Ruptura aneuryzmatu mozkové tepny	Objektivní nálezn lékaře specialisty v oboru neurologie, a to nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Operace věnicých (koronárních) tepen	Propouštěcí zpráva z hospitalizace. Zpráva odborného lékaře v oboru kardiologie včetně operačního protokolu.
<input type="checkbox"/> Chronická glomerulonefritida	Lékařská zpráva z nefrologie vč. histologického nálezu z biopsie ledvin a potvrzení o zařazení do dialyzační léčby.
<input type="checkbox"/> Náhraza srdeční chlopně umělou chlopní	Propouštěcí zpráva z hospitalizace. Zpráva odborného lékaře v oboru kardiologie včetně operačního protokolu.
<input type="checkbox"/> Meningitida	Objektivní nálezn z neurologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Encefalitida	Objektivní nálezn z neurologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> HIV nákaza	Negativní výsledek testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po incidentu, k němuž došlo při výkonu povolání zdravotnického pracovníka, hasiče nebo policisty. Zpráva odborného lékaře v oboru infektologie a další test do šesti měsíců od incidentu prokazující přítomnost viru nebo jeho protilátek.
<input type="checkbox"/> Operace aorty	Propouštěcí zpráva z hospitalizace. Zpráva odborného lékaře v oboru kardiologie včetně operačního protokolu.
<input type="checkbox"/> Narození vícerať	Propouštěcí zpráva z porodnice. Kopie rodných listů dětí.
<input type="checkbox"/> Úmrtí rodičky při porodu	Závěrečná zpráva o rodičce. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - Downův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - Edwardsův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - Patauův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - spina bifida	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – DMD / BMD Duchenne / Becker Muscular Dystrophy	Lékařská zpráva z neurologie vč. histologického nálezu po provedené biopsii.

**Otázky pro lékaře** (na všechny otázky je třeba odpovědět přesně a úplně – viz prohlášení pojištěného (oprávněné osoby) na přední straně formuláře před podpisem)

Uveďte bližší popis výše vybraného vážného onemocnění, resp. výkonu, který byl proveden (v případě nádorového onemocnění doložte histologický nálezn).

.....

Kdy byla diagnóza stanovena (příp. verifikována), resp. kdy byl proveden výkon?

Datum

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ve kterém zdravotnickém zařízení? Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.

.....

Kdy byly pozorovány nebo zjištěny první příznaky tohoto onemocnění, jiné nemoci či poruchy, které byly v přímé příčinné souvislosti s vážným onemocněním?

Datum

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ve kterém zdravotnickém zařízení? Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.

.....

Byl pojištěný informován o uvedeném vážném onemocnění?

Ano  Ne

Pokud ano, kdy a jakým způsobem?

Současný stav pojištěného a způsob terapie

.....

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Název oddělení

Číslo oddělení

Telefon

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Datum

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

.....  
Razítko a podpis lékaře

<sup>1)</sup> U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.

<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem ✕ (platí i v ostatních případech s možností více variant).