

LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK

o pracovní neschopnosti / úplné a nezvratné ztrátě samostatnosti

Bod A vyplní pojištěný, body B – G vyplní ošetřující lékař na žádost pojištěného.
Abychom mohli určit, zda byly splněny podmínky pro poskytnutí pojistného plnění, je třeba, aby byly zodpovězeny všechny otázky. V případě, že tento dokument řádně nevyplníte, může pojišťovna od pojistné události odstoupit.
Jasně a úplně odpovědi urychlí posouzení Vaší pojistné události.
Tento dokument spolu s kopiemi lékařských záznamů a všemi požadovanými dokumenty zašlete v přiložené odpovědní obálce na adresu: COFIDIS a.s., Oddělení pojištění, Bucharova 1423/6, 158 00 Praha 5.

Pokud chcete, můžete Vaše dokumenty zaslat v zalepené obálce s označením důvěrné lékařské záznamy na následující adresu :
Service Médical ACM - Sinistres ADE - 46, rue Jules Méline - 53098 LAVAL CEDEX 09 - FRANCIE

A – Osobní údaje

Pan Paní Slečna

PŘÍJMENÍ JMÉNO

Datum narození: ____/____/____

Adresa

PSC Obec

Současné zaměstnání: jste zaměstnaný OSVČ jiné.....

Uveďte název Vaší zdravotní pojišťovny

B – Pracovní neschopnost

Datum počátku pracovní neschopnosti: ____/____/____

Datum, ke kterému byla stanovena diagnóza pracovní neschopnosti: ____/____/____

Jaká je příčina pracovní neschopnosti:

- nemoc ANO NE- úraz / nehoda ANO, uveďte datum: ____/____/____ NE

- upřesněte příčinu (pracovní úraz, automobilová nehoda, apod.):

- jde-li o recidivu následků dřívější nehody/úrazu, uveďte datum první nehody/úrazu: ____/____/____

- jedná se o nemoc / úraz / nehodu z povolání? ANO NE

Diagnóza, která je důvodem pracovní neschopnosti:

Je důvodem pracovní neschopnosti těhotenství? ANO NE

- uveďte předpokládané datum porodu: ____/____/____

C – Současná léčba:

.....

.....

D – Předěšlé pracovní neschopnosti

ANO NE

Datum

Doba trvání

Důvod

.....
.....
.....

E – Údaje před současnou pracovní neschopností. Byl Váš pacient:

Hospitalizován

ANO NE

Pokud ANO, uveďte datum hospitalizace

___/___/___

Důvod Doba hospitalizace

Operován

ANO NE

Pokud ANO, uveďte datum operace

___/___/___

Důvod Doba rekonvalescence

Dlouhodobě nemocný

ANO NE

Pokud ANO, od kdy, uveďte datum

___/___/___

Délka nemoci

Prodělal speciální lékařská vyšetření

ANO NE

Povaha vyšetření

Důvod

Uveďte všechna onemocnění a jejich následky mající vliv na současný zdravotní stav:

Povaha nemocí

.....

Od kdy, uveďte datum ___/___/___

F – V příštích měsících pro Vašeho pacienta předpokládáte:

- chirurgický zákrok

ANO NE

Datum ___/___/___

Důvod

- speciální vyšetření

ANO NE

Datum ___/___/___

Důvod

- hospitalizaci

ANO NE

Datum ___/___/___

Důvod

- jiné

G – Samostatnost a výkon povolání

Pojištěný je: Pravák Levák

Pojištěnému byla ukončena pracovní neschopnost ?

ANO NE

Pokud ANO, je práce schopen od ___/___/___

na plný pracovní úvazek na částečný pracovní úvazek

Pokud NE, uveďte datum předpokládaného ukončení pracovní neschopnosti na:

plný pracovní úvazek, od kdy ___/___/___

částečný pracovní úvazek, od kdy ___/___/___

Pojištěný je trvale odkázán při všech běžných životních úkonech na pomoc třetí osoby:

pohyb

výživa

mytí

oblékání

ANO od kdy ___/___/___

NE

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře

Vystaveno v, dne

Podpis pojištěného

Razítko a podpis lékaře