



Zpráva lékaře pro odškodnění vytrpěné bolesti

Formulář vypracovaný v souladu s desátou revizí Mezinárodní klasifikace nemocí na základě úplných písemných informací předaných ošetřujícími lékaři, kteří se zúčastnili léčení poškozeného.

.....
číslo pojistné události

Poškozený

.....
příjmení

.....
jméno

.....
titul

.....
rodné číslo

.....
datum narození

.....
bydliště

.....
PSC

.....
současné, případně i vedlejší povolání / OSVČ předmět podnikání

Úraz ze dne: vstoupil do léčení dne: léčení skončeno dne:

.....
práce neschopen od: do:

Příčina úrazu podle sdělení poškozeného

Byl poškozený před úrazem zdravý? Pokud ne, jakou chorobou trpěl? Měl poškozený úraz podobného typu?

Měl předchozí zdravotní stav poškozeného vliv na:

a) vznik úrazu ANO NE

.....
poznámka

b) následky úrazu ANO NE

.....
poznámka

Stal se úraz v opilosti? ANO, promile alkoholu: NE

Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky? Pokud ano, uveďte jaké a jejich rozsah:

.....
Praktický lékař (jméno, adresa, kontakt)

