



## Trvalé následky úrazu

### A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, sídlo Templová 747, 110 01 Praha 1, Česká republika, IČ: 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897.

### B. POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
Adresa trvalého pobytu	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSC / ZIP kód:	
Ulice (místo), č. p. / č. or.:	Obec - dodací pošta:		
E-mail:	Telefon:		

### C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

Číslo pojistné smlouvy:	Číslo pojistné smlouvy:	Číslo pojistné smlouvy:	Číslo pojistné smlouvy:
Číslo pojistné události:	Číslo pojistné události:	Číslo pojistné události:	Číslo pojistné události:

### D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

**Pojistné plnění poukážete na:**

Účet číslo:                      Kód banky:                      Specifický symbol:

Pojistnou smlouvu č.:                       Jinou adresu: .....

Adresu trvalého pobytu uvedenou v pojistné smlouvě

Korespondenční adresu uvedenou v pojistné smlouvě

### E. ZPRÁVA LÉKAŘE

**Informace pro lékaře:**

Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný (oprávněný), kterému její přijetí potvrdíte stvrzenkou. Na jejím základě pojišťovna uhradí pojištěnému částku 200,- Kč. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Pokud na níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte odpověď křížkem.  Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, uveďte je na samostatném listu v příloze.

<b>Údaje o úrazu</b>	Datum úrazu:	Místo úrazu:
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu, jak je uvedl pojištěný:		
Co udal pojištěný jako příčinu úrazu:		
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uvedte datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):		
Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem:		Kód diagnózy podle MKN - 10:

#### Zdravotní stav pojištěného před úrazem (anamnéza)

Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem?  Ne  Ano

Pokud ne, uveďte jaké zdravotní obtíže či nemoc se podílely na vzniku tělesného poškození:

Byla poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?  Ne  Ano

Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:

Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)?  Ne  Ano

Pokud ano, uveďte jakou a odkdy:

Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz?  Ne  Ano

Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak a kde byl úraz léčen a jaké následky zanechal:

**Léčení tělesného poškození způsobeného úrazem**

Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):

Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?

Od:

Do:

Operace (operační nálezy - přiložte prosím kopii operačního protokolu):

Kde byl poraněný léčen? Uveďte název a adresu všech zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od - do:

Je plánováno další léčení poraněného? Uveďte jaké (např. rehabilitace, operace, odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů):

Je léčení poraněného skončeno?

 Ne Ano

Zanechal-li úraz poraněnému trvalé následky, jsou ustáleny?

 Ne Ano

Pokud nejsou ustáleny, uveďte důvod:

**Hodnocení trvalých následků úrazu****Lékař potvrzuje, že u pojištěného**

Rodné číslo:

Příjmení:

Jméno:

Titul:

**zjistil trvalé následky tohoto druhu a rozsahu:**

Subjektivní potíže udávané pojištěným:

Objektivní nálezy (u jizev v obličejí uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm<sup>2</sup> nebo zakreslete na obrázku):**Při poranění končetin uveďte:**

popis osy končetiny, které pohyby jsou omezeny, omezení hybnosti kloubu (lehký, střední, těžký stupeň).

**Při poruše úchopové funkce HK uveďte:**

kolik cm chybí do úplného sevření do dlaně, nemožnost natažení v cm.

**Při poranění DK uveďte:**

délku obou končetin, stabilitu kloubu - Lachman, viklavost kloubu, pronaci, supinaci, hypotrofii svalstva (srovnání s druhou DK), menisektomií (částečnou, úplnou)

PHK

LHK

PDK

LDK

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře:

Adresa - ulice (místo), č. p. / č. or.:

Obec - dodací pošta:

PSČ:

Název oddělení - odbornost lékaře:

Číslo oddělení:

Telefon:

Datum:

Razítko a podpis lékaře