

# Zpráva ošetřujícího lékaře pro posouzení škodní události

## Údaje o pacientovi (vyplní pojištěný)

Jméno	Příjmení	Datum narození
Adresa		

## Údaje o lékaři (vyplní lékař)

Jméno	Příjmení	Telefon
Adresa		
Jste stálým lékařem pacienta?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Pokud ano, odkdy?

## Onemocnění (vyplní lékař)

Datum onemocnění (od-do)			
Hospitalizace	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Pokud ano, odkdy?	
Diagnóza vč. kódu (dle MKN-10)			
Popis onemocnění			
Předpokládaná doba léčení			
Provedená vyšetření			
Termín kontroly			
Předepsaná medikace			
Těhotenství	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Datum vydání těhotenského průkazu	Datum porodu
Měl již pacient dříve obtíže, které jsou důvodem ke zrušení cesty?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Kdy a jaké?	
Vyžaduje onemocnění upoutání na lůžko?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Byl pacient v pracovní neschopnosti?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Číslo průkazu pracovní neschopnosti			Vydán dne

Jméno, razítko a vlastnoruční podpis  
lékaře potvrzující pravdivost informací

## Prohlášení

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na Vaše písemné dotazy uvedené v dotazníku jsou pravdivé a úplné, a že jsem nezamlčel/a žádnou skutečnost, která by mohla mít vliv zejména na šetření škodní události, stanovení výše pojistného plnění či stanovení pojistného. Jsem si vědom/a toho, že v případě nepravdivých a neúplných odpovědí můžete ve smyslu § 2808 a 2809 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, od pojistné smlouvy (bude-li uzavřena) odstoupit nebo odmítnout pojistné plnění. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých, neúplných a zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 210 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník).

Souhlasím, abyste si vyžádali veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby úpisu rizika a šetření škodní události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Rovněž souhlasím, abyste si pro potřeby šetření škodní události mohli vyžádat potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Tyto souhlasy uděluji za účelem uzavření pojistné smlouvy a na celou dobu existence závazků z ní vyplývajících nebo s ní souvisejících.

Souhlasím se zpracováním mého data narození, které jsem poskytl/a v souvislosti s plněním práv a povinností vyplývajících z pojištění, a to zejména za účelem likvidace škodní události a zjištění případného vícenásobného pojištění. Tento souhlas uděluji na celou dobu existence závazků vyplývajících z pojistné smlouvy nebo s ní souvisejících.

Místo a datum

Podpis pojistníka