Lékařská zpráva k oznámení škodné události – úraz

FOCUS ON THE FUTURE

Číslo pojistné smlouvy

Pojistitel

YOUPLUS Životní pojišťovna, pobočka pro Českou republiku, IČ: 139 91 418, se sídlem Přízova 526/5, Trnitá, 602 00 Brno, Česká republika

Kontaktní adresa: YOUPLUS Životní pojišťovna, Vlněna Office Park, Přízova 5, 602 00 Brno.

Tento formulář prosím předložte k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři. Náklady spojené s uplatněním práva na plnění z pojištění, včetně nákladů na vyplnění této zprávy, nese oprávněná osoba, pokud se písemně nezavážeme k úhradě těchto nákladů.

Lékařskou zprávu je nezbytné pro účely likvidace událostí vyplnit v případě, že si ji vyžádáme. V opačném případě je možné ji nahradit zprávou z prvotního ošetření a zprávami ze všech kontrolních návštěv u lékaře.

Údaje o pojištěném

Pojištěný

Příjmení, jméno, titul	Rodné číslo

Údaje o úrazu

Okolnosti úrazu

Datum, čas a místo úrazu	**Uveďte přesný datum, případně i čas a místo kde úrazu pojištěného došlo.**
Datum, místo prvního ošetření	**Uveďte, kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření, příp. i údaje zdravotnického zařízení, které ošetření poskytlo.**
Příčina úrazu	**Uveďte prosím, jaké je příčina úrazu dle zdravotní dokumentace a dle tvrzení pojištěného.**
Došlo k úrazu po požití alkoholem nebo jiné psychotropní látky? ☐ Ano ☐ Ne Látka: Množství:	**Uveďte, zda k úrazu došlo po požití alkoholu, nebo jiné návykové či psychotropní látky, způsobilé ovlivnit chování pojištěného. Pokud ano, specifikujte látku a jejím množství (v dechu, krvi, moči, slinách apod.).**
Souběh s další nemocí nebo úrazem ☐ Ano ☐ Ne	**Uveďte prosím, zda v době léčení úrazu došlo k další nemoci nebo úrazu, pro které by se pojištěný léčil. Pokud ano, uveďte příslušné diagnózy.**

Léčba a následky úrazu

Jaká část těla byla poškozena a jak? Poškození odpovídá příčině úrazu: ☐ Ano ☐ Ne	**Uveďte prosím popis všech tělesných poškození způsobených úrazem, případně i včetně kódu diagnózy podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Uveďte prosím samostatně všechna poranění zjištěná při prvotním ošetření. Jde-li o poškození horní končetiny, uveďte též, zda jde o dominantní nebo nedominantní končetinu.**
Byla tato část těla poškozena již před úrazem? ☐ Ano ☐ Ne	**Pokud ano, specifikujte jak.**
Popište průběh léčby	**Popište průběh léčby, včetně způsobu, jakým léčba probíhala.**

youplus

Absolvovaná vyšetření	☐ RTG ☐ Sonografie (ultrazvuk) ☐ MR (magnetická rezonance) ☐ CT (počítačová tomografie) ☐ Jiné:	**Uveďte výčet všech vyšetření, která pojištěný během léčby absolvoval, případně doplňte i příslušné zprávy.**
Komplikace léčby	☐ Ano ☐ Ne	**Uveďte, zda byla léčba provázena komplikacemi, které měly vliv na její trvání. Uveďte případně příčinu komplikací, zejména spočívala-li v přechozích zdravotních potížích pojištěného.**

Doba léčení úrazu	Léčení úrazu trvalo od:	**Uveďte dobu léčení úrazu od jejího počátku, až do ukončení, a to bez zohlednění následné a rehabilitační péče.**
	Léčení úrazu bylo ukončeno:	
Trvalé následky	☐ Ano ☐ Ne	**Uveďte, zda úraz zanechal/pravděpodobně zanechá na zdraví pojištěného trvalé následky. Pokud ano, specifikujte jejich rozsah.**
Rozsah následků je ustálen:	☐ Ano ☐ Ne	

Pracovní neschopnost	☐ Ano ☐ Ne	**Uveďte prosím, zda byla pojištěnému v souvislosti s léčbou úrazu vystavena pracovní neschopnost. Pokud ano, uveďte od kdy do kdy byl pojištěný práce neschopen a přesnou diagnózu, pro níž byla neschopnost vystavena.** **Pokud nebyla pracovní neschopnost vystavena, uveďte prosím důvod.**
Pracovní neschopnost trvala od:		
Pracovní neschopnost byla ukončena:		
Diagnóza:		
Pracovní neschopnost nebyla vystavena protože:		

Hospitalizace	☐ Ano ☐ Ne	**Uveďte prosím, zda byl pojištěný v souvislosti s léčbou úrazu hospitalizován a pokud ano, uveďte zdravotnické/á zařízení a dobu hospitalizace (od – do).**
Zařízení:		
Hospitalizace trvala od:	Hospitalizace skončila:	
Zařízení:		
Hospitalizace trvala od:	Hospitalizace skončila:	

Rehabilitace	☐ Ano ☐ Ne	**Uveďte, zda léčba vyžadovala rehabilitaci a pokud ano, uveďte dobu jejího trvání a den, kdy se zdravotní stav pojištěného stabilizoval.**
Zařízení:		
Rehabilitace trvala od:	Rehabilitace skončila:	
Zdravotní stav se ustálil dne:		

Jiná sdělení lékaře:

Prohlašuji, že jsem údaje v tomto formuláři vyplnil/a pravdivě a úplně a beru na vědomí, že v případě nepravdivých odpovědí mohu nést následky v podobě trestněprávní odpovědnosti.

Jméno, příjmení a telefon lékaře/zdravotnického zařízení	Razítko a podpis:
Datum:	

Vaše identifikační a kontaktní údaje uvedené na tomto formuláři zpracováváme na základě našeho oprávněného zájmu pro účely související s likvidací pojistných událostí. Informace o Vašich právech jako subjektu údajů a další informace o zpracování jsou uvedeny na **www.youplus.cz**.