



LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – PRACOVNÍ NESCHOPNOST POJIŠTĚNÉHO

Dotazník nechte prosím vyplnit ošetřujícím lékařem. Od Vás potřebujeme podepsaný souhlas, který najdete na druhé straně tohoto dotazníku. Bez Vašeho souhlasu nebude totiž pojišťovna moci pojistnou událost vyřešit.

Část, kterou vyplní Váš ošetřující lékař

Jméno a příjmení pacienta: Rodné číslo:

Den, kdy začala pracovní neschopnost: Pracovní neschopnost trvá? ☐ Ano ☐ Ne

Pracovní neschopnost skončila dne: Příčina pracovní neschopnosti byl/a: ☐ Úraz ☐ Nemoc

Jaké jsou veškeré diagnózy (v souladu s MKN-10), kvůli kterým byla vystavena pracovní neschopnost:

Diagnóza	Den, kdy byla u pacienta diagnostikována poprvé	Období, jakým se jednotlivé diagnózy podílely na pracovní neschopnosti	
1.		Od:	Do:
2.		Od:	Do:
3.		Od:	Do:
4.		Od:	Do:

Pokud se pacient s uvedenou diagnózou už někdy léčil, napište, prosím, datum léčby:

Uveďte, prosím, etiologii výše vypsanych diagnóz (pokud se jedná o úrazovou etiologii, popište úrazový děj):

1. diagnóza	
2. diagnóza	
3. diagnóza	
4. diagnóza	

Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu nebo omamných látek? ☐ Ano ☐ Ne

Byl kvůli uvedeným diagnózám klient operován nebo mu byla operace indikována? ☐ Ano ☐ Ne

Diagnóza: Datum operace/hospitalizace:

Je pacient v invalidním důchodu? ☐ Ano ☐ Ne Diagnóza:

Datum přiznání invalidního důchodu: Datum odebrání invalidního důchodu:

Je pacient v trvalé lékařské péči kvůli jinému chronickému onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum, kdy byla u pacienta diagnostikována poprvé:

Děkujeme Vám, že jste dotazník vyplnili pečlivě a že v něm nic nechybí.

V..... dne..... Razítko a podpis ošetřujícího lékaře



BNP PARIBAS
CARDIF

air/bank
ČLEN SKUPINY PPF

Část, kterou vyplníte Vy

Pečlivě si text přečtěte, a pokud s ním souhlasíte, podepište ho. Děkujeme.

Souhlasím s tím, že pojišťovna má právo zjišťovat a přezkoumávat údaje o mém zdravotním stavu. Proto si také může vyžádat mou zdravotní dokumentaci.

Souhlasím také s tím, že informace, které v tomto dotazníku ošetřující lékař vyplnil, budou poskytnuty pojišťovně nebo jí pověřené osobě za účelem pojišťovací činnosti a šetření mé pojistné události.

Zbavuji proto svého ošetřujícího lékaře a zdravotnické zařízení mlčenlivosti.

Zároveň jim dávám právo poskytnout údaje o mém zdravotním stavu a moji lékařskou dokumentaci pojišťovně nebo osobě, kterou pojišťovna pověří.

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Datum narození:

Jméno a příjmení lékaře:.....

Adresa lékaře:.....

.....

Podpis: Datum:

Pokud Vás vyplnění lékařského dotazníku něco stálo, pošlete kopii účtenky nebo faktury pojišťovně. Děkujeme.