

Prostor pro záznamy pojišťovny

LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – invalidita II. nebo III. stupně
vyplní ošetřující lékař

Prosíme o vyplnění následujících otázek. Za validní je považován pouze kompletně vyplněný zdravotní dotazník. Náklady spojené s vyplněním tohoto dotazníku hradí oznamovatel, který může proplacení pokladního dokladu uplatnit u BNP Paribas Cardif Pojišťovny, a. s.

Jméno a příjmení: Rodné číslo: / Příčina invalidity: Úraz Nemoc Uvedte, prosím, datum přiznání invalidity:

Uvedte, prosím, diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla pacientovi přiznána invalidita (včetně data prvotního záchytu v minulosti):

Diagnóza dle MKN 10:

- | | | | |
|----|----------------------|------------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | Datum prvního záchytu: | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | Datum prvního záchytu: | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | Datum prvního záchytu: | <input type="text"/> |

Uvedte, prosím, etiologii výše uvedených onemocnění (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj):

Uvedte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz:

Předcházela invaliditě pracovní neschopnost? od do Dg. Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu či omamných látek? Ano NeByl příčinou pojistné události pokus o suicidium? Ano NeByl pacient před přiznáním invalidity v invalidním nebo starobním důchodu? Ano NeDatum přiznání ID: Datum odebrání ID: Dg.

Je/byl pacient před přiznáním invalidity v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum prvního záchytu:

Přiložte kopii zdravotní dokumentace o průběhu léčby. V případě nemoci i lékařskou zprávu z prvotního zachycení nemoci, v případě úrazu i lékařskou zprávu o prvním ošetření bezprostředně po úrazu.

V dne

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře