



Prostor pro záznamy pojišťovny

LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – Ošetřování člena rodiny 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 ošetřované osoby:

Rodné číslo:

 /

Datum počátku ošetřování člena rodiny

Ošetřování člena rodiny trvá?

Ošetřování člena rodiny ukončeno k datu:

Příčina ošetřování člena rodiny

 Úraz Nemoc

Uvedte, prosím, veškeré diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých **bylo** vystaveno ošetřování člena rodiny, kdy byly v minulosti poprvé zjištěny, a jak se tyto diagnózy časově podílely na **potřebě ošetřování člena rodiny**.

Diagnóza:

Datum prvního záchytu:

Časový podíl v rámci ošetřování člena rodiny

1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>

Uvedte, prosím, na základě jaké etiologie jsou výše uvedené diagnózy (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj):

1. diagnóza

2. diagnóza

3. diagnóza

4. diagnóza

Došlo k pojistné události (ošetřování člena rodiny) v souvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropních látek?

 Ano Ne

Byl pacient v souvislosti s výše uvedenými diagnózami indikován k operačnímu řešení či hospitalizaci?

Diagnóza

Datum operace/hospitalizace:

Další kontrola dne:

Přiložte kopii zdravotní dokumentace o průběhu léčby ošetřovaného člena rodiny.

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