



Lékařská zpráva k oznámení škodné události – úraz



Číslo pojistné smlouvy

Pojistitel

Youplus Insurance International Aktiengesellschaft, pobočka pro Českou republiku, IČ: 078 12 299, se sídlem náměstí I. P. Pavlova 1789/5, Nové Město, 120 00 Praha, Česká republika

Kontaktní adresa: YOUPLUS, 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	Uvedte přesný datum, případně i čas a místo kde úrazu pojištěného došlo.
Datum, místo prvního ošetření	Uvedte, kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření, příp. i údaje zdravotnického zařízení, které ošetření poskytlo.
Příčina úrazu	Uvedte prosím, jaké je příčina úrazu dle zdravotní dokumentace a dle tvrzení pojištěného.
Došlo k úrazu po požití alkoholu nebo jiné psychotropní látky? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Uvedte, 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.).
Látka: <input type="text"/>	Množství: <input type="text"/>
Souběh s další nemocí nebo úrazem <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Uvedte 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? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Poškození odpovídá příčině úrazu: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Uvedte prosím popis všech tělesných poškození způsobených úrazem, případně i včetně kódu diagnózy podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Uvedte 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? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, specifikujte jak.
Popište průběh léčby		Popište průběh léčby, včetně způsobu, jakým léčba probíhala.

Absolvovaná vyšetření	<input type="checkbox"/> RTG	<input type="checkbox"/> Sonografie (ultrazvuk)	Uvedte výčet všech vyšetření, která pojištěný během léčby absolvoval, případně doplňte i příslušné zprávy.
	<input type="checkbox"/> MR (magnetická rezonance)	<input type="checkbox"/> CT (počítačová tomografie)	
	<input type="checkbox"/> Jiné:		

Komplikace léčby	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Uvedte, zda byla léčba provázena komplikacemi, které měly vliv na její trvání. Uvedte případně příčinu komplikací, zejména spočívala-li v přechodných zdravotních potížích pojištěného.
------------------	----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Doba léčení úrazu	Léčení úrazu trvalo od:	Uvedte dobu léčení úrazu od jejího počátku, až do ukončení, a to bez zohlednění následné a rehabilitační péče.
	Léčení úrazu bylo ukončeno:	

Trvalé následky	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Uvedte, zda úraz zanechal/pravděpodobně zanechá na zdraví pojištěného trvalé následky. Pokud ano, specifikujte jejich rozsah.
Rozsah následků je ustálen:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	

Pracovní neschopnost	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Uvedte 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	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Uvedte 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	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Uvedte, 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.