

Tato zpráva, vyplněna ošetřujícím lékařem, je určena pro Colonnade Insurance S.A., organizační složka, Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4

PACIENT

Jméno, příjmení Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

Datum nar.

Je pacient v invalidním důchodu? Ano Ne Datum přiznání ID Datum odebrání ID

Je pacient v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Ano Ne

Pokud ano, uveďte diagnózu a datum prvního záchytu

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Pracovní neschopnost trvá Ano Ne Datum počátku pracovní neschopnosti

Příčina pracovní neschopnosti Úraz Nemoc Datum ukončení pracovní neschopnosti

Došlo k pracovní neschopnosti v souvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropních látek? Ano Ne

DIAGNÓZA

Uveďte, prosím, veškeré diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla vystavena pracovní neschopnost

Diagnóza Datum prvního záchytu Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti (od–do) Datum předchozího léčení diagnózy

Etiologie (případně úrazový děj)

Diagnóza Datum prvního záchytu Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti (od–do) Datum předchozího léčení diagnózy

Etiologie (případně úrazový děj)

Diagnóza Datum prvního záchytu Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti (od–do) Datum předchozího léčení diagnózy

Etiologie (případně úrazový děj)

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

Diagnóza Datum operace / hospitalizace

JINÉ SDĚLENÍ LÉKAŘE

V Dne

Vystavil / Razítko a podpis ošetřujícího lékaře