

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

MAJITEL PSA/KOČKY

Jméno, příjmení Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa Telefon

DOMÁCÍ MAZLÍČEK

Jméno Číslo čipu
 Poraněný je Pes Kočka Je mazlíček plně naočkován všemi povinnými typy očkování? Ano Ne

INFORMACE O ÚRAZU/NEMOCI

Kdy a kde (podle zdravotní dokumentace) došlo k úrazu? (u nemoci nevyplňovat)

Kdy došlo k prvnímu veterinárnímu ošetření (datum a čas, jméno lékaře, adresa veterinární ordinace)

Diagnóza a podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem / klinické příznaky onemocnění

RTG (datum, místo, popis)

Způsob léčení

Operace (datum, rozsah a způsob provedení zákroku)

Hospitalizace (od–do, název veterinární kliniky, oddělení), (prosíme o přiložení kopie propouštěcí zprávy)

Komplikace (jaké, od–do, způsob léčení)

Celková doba léčení od–do (včetně komplikací)

Jiné poruchy zdraví před úrazem/nemocí a jejich souvislost s úrazem/nemocí, chronická onemocnění

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	Jakým způsobem? <input type="text"/>
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	Jakého pravděpodobného rozsahu? (procentuální vyjádření) <input type="text"/>

JINÉ SDĚLENÍ LÉKAŘE

Adresa veterinární ordinace

Jméno lékaře IČ Telefon

V Dne

Razítko a podpis lékaře