

Amcico pojišťovna a.s.  
V Celnici 1028/10 | 117 21 | Praha 1  
T +420 227 111 111 | F +420 227 111 777  
IČ 45794944 | zapsána v OR vedeném MS v Praze  
oddíl B | vložka 1653 | www.metlifeamcico.cz

PROHLÁŠENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Hlášení o trvalých následcích úrazu

Hlášení o plné invaliditě z důvodu úrazu nebo nemoci

Jméno a příjmení pacienta(ky):

Rodné číslo:

## Část A

Pojistná událost v důsledku úrazu

Datum úrazu:

Co udal(a) pacient(ka) jako příčinu úrazu?

Která část těla byla poraněna?

Diagnóza, anamnéza, komplikace a popis RTG:

Datum prvního ošetření po úrazu, jméno a adresa lékaře:

Byl(a) pacient(ka) pod vlivem alkoholu, drog nebo jiných narkotik v době, kdy došlo k úrazu?

Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození? Pokud ano, uveďte podrobnosti:

Byl úraz vyšetřován policií?

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Pokud ano, uveďte podrobnosti:

Byl(a) pacient(ka) operován(a) nebo hospitalizován(a)? Pokud ano, uveďte data a adresu zdrav. zařízení:

Jiný způsob léčení:

Délka pracovní neschopnosti:

Od:

Do:

Pokud byl pacientovi(ce) přiznán plný invalidní důchod, uveďte datum:

Existovaly nějaké předchozí zdravotní příčiny(nemoc nebo tělesné poškození), které mohly jakkoli ovlivnit následky úrazu?



Popis současného zdravotního stavu pacienta(ky), zanechá úraz trvalé následky?

  

Pokud již uplynul rok data úrazu a léčba je již ukončena, uveďte rozsah trvalých následků (hybnost ve stupních nebo procentech):

  

Pokud poúrazová rána zanechala jizvu v obličejové části, uveďte délku a vzhled jizvy (hypertrofická, hyperpigmentická, keloidní):

  

V případě, že se jedná o úraz horní končetiny, uveďte, zda je pacient(ka) pravák nebo levák:

## Část B

Pojistná událost v důsledku úplné a trvalé invalidity následkem nemoci

Datum prvních příznaků nemoci:

Diagnóza(y):

Datum stanovení diagnóz(y):

Byl pacientův stav ovlivněn jakýmkoli předchozím onemocněním?

Měl(a) pacient(ka) tělesnou vadu, duševní poruchu nebo jiné zdravotní potíže před nemocí? Pokud ano, uveďte podrobnosti:

  

Délka pracovní neschopnosti:

Od:

Do:

Datum vzniku plné invalidity:

Důvod(základní diagnóza) a datum přiznání plného invalidního důchodu:

Popis současného zdravotního stavu pacienta(ky):

  
  
  

TÍMTO PROHLAŠUJI, ŽE UVEDENÉ ODPOVĚDI JSOU PRAVDIVÉ, ÚPLNÉ A PODLE MÝCH NEJLEPŠÍCH VĚDOMOSTÍ.

Jméno a adresa lékaře: .....

.....

Telefon: .....

Datum: .....

.....  
Razítko a podpis