

Poplatok za vyhotovenie správy ošetrujúceho lekára hradí poistená osoba, resp. zákonný zástupca poisteného dieťaťa. Poistovňa uhradí poistenému náklady na vyhotovenie správy lekára zvýšením sumy poistného plnenia o 5,00 EUR, na základe priloženého príjmového pokladničného dokladu.

Správa ošetrujúceho lekára o chirurgickom zákroku poistenej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia

Ošetrujúci lekár - meno, priezvisko, titul:	Tel.č.:	E-mail:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:		

Druh vykonaného chirurgického zákroku:	Dátum vykonania chirurgického zákroku:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný:	Kedy bol chirurgický zákrok po prvýkrát navrhnutý:

Chirurgický zákrok v dôsledku choroby

Diagnóza ochorenia, v dôsledku ktorého bol chirurgický zákrok vykonaný: _____

Dátum diagnostikovania ochorenia, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok: _____

Liečil sa poistený pre súvisiace ťažkosti s diagnostikovaným ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok, aj v minulosti? áno nie

Ak áno, uveďte odkedy: _____ dokedy: _____ Druh ťažkostí: _____

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: _____

Chirurgický zákrok v dôsledku úrazu

Prvé lekárske ošetrenie v dôsledku úrazu dňa _____ o hod. _____

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: _____

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny: _____

Diagnóza vlastného zranenia: _____

Spôsob a druh liečby: _____

RTG / MR / CT / sono - nález s opisom: _____

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu? áno nie Ak áno, uveďte zistené ‰ alkoholu v krvi: _____

Došlo k úrazu pod vplyvom omamných či toxických látok, drog? áno nie Ak áno, akých: _____

Bola poranená časť tela funkčne postihnutá už pred úrazom? áno nie Ak áno, ako a v akom rozsahu: _____

Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného? áno nie Prečo? _____

Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov? áno nie

Bol poistený za účelom chirurgického zákroku hospitalizovaný? áno nie Ak áno, odkedy: _____ dokedy: _____

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: _____

Potvrdenie a vyhlásenie ošetrujúceho lekára:

Potvrďujem, že som poisteného: _____ rodné číslo: _____

ošetroval a vykonal chirurgický zákrok

vypracoval správu o chirurgickom zákroku na základe zdravotnej dokumentácie o chirurgickom zákroku, ktorý bol vykonaný v dôsledku choroby, resp. úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia, vystavenej zdravotníckym zariadením: _____

Vyhlasujem, že všetky mnou uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

V _____ dňa _____

pečiatka zdravotníckeho zariadenia
a podpis ošetrujúceho lekára