



# Správa ošetrojúceho lekára

V prípade, že nie je uzatvorená zmluva medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením, za vyplnenie tohto tlačiva Vám patrí odmena vo výške 130,- Sk, ktorú Vám uhradí poisťovník.

**Prosíme o vystavenie príjmového dokladu.**

Prijatie uvedenej sumy týmto potvrdzujem.

\_\_\_\_\_ pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

**Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval úraz osoby, ktorá je uvedená na prvej strane tohto oznámenia a zistil telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:**

Kedy bolo (podľa zdravotnej dokumentácie) vykonané prvé lekárske ošetrenie? Dňa ..... o .....hod.

Meno lekára ..... adresa zdravotníckeho zariadenia .....

**Diagnóza** vlastného zranenia a podrobný popis telesného poškodenia, spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

**Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie a jeho rozsah úrazovému deju tak, ako je uvedený na prvej strane tohto oznámenia?**

Áno  Nie

Nález zo dňa:

**Opis (Rtg, CT, nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter,...)**

Popíšte prosím podrobne **spôsob a druh ošetrovania** (pri rehabilitácii uďte výsledky liečby, ako často a ako dlho bola vykonávaná):

**Kde bol poranený hospitalizovaný?** od ..... do .....

**Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?** Akého pravdepodobného druhu a rozsahu:

Áno  Nie

**Nastal úraz následkom požitia alkoholu, alebo návykových látok?**

Áno  Nie

O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo: .....

Aké boli zistené príznaky opilstosti resp. návykových látok, do akej miery ovplyvnil požitý alkohol / návyková látka správanie poisteného?

V krvi bolo zistené .....% alkoholu.

**Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá (-ý) už pred týmto úrazom?**

Ako: ..... V akom rozsahu: .....

Ak došlo k predĺženiu priemerného času nevyhnutného liečenia telesného poškodenia úrazom **v dôsledku ďalších komplikácií - uveďte, z akej príčiny a o aký druh komplikácie išlo:**

**Skutočný čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu** (vrátane tejto komplikácie) trval od ..... do .....

**Doba trvania pracovnej neschopnosti podľa** vystaveného hlásenia o pracovnej neschopnosti č. .... zo dňa .....

Potvrdenie pracovnej neschopnosti bolo odoslané na pobočku Sociálnej poisťovne - adresa:

**Práceschopný:** od ..... do .....

**Práceschopný:** od .....

Ak nebola vystavená pracovná neschopnosť - prečo: .....

Doklad o pracovnej neschopnosti u osôb nemocensky nepoistených, u osôb ktorým sa nevystavuje doklad o PN (študenti, ženy na materskej dovolenke, ženy v domácnosti, dôchodcovia, nezamestnaní a pod.), alebo u osôb ktoré si nenechali vystaviť doklad o PN:

**Vyplňte len u osôb vyššie uvedených.**

Potvrdzujem, že na základe vyššie uvedenej lekárskej správy sa poistený liečil na následky úrazu.

**Pracovná neschopnosť trvala** od ..... do .....

**Práceschopný:** od .....

**Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:**

V prípade požiadavky revízneho lekára Allianz - Slovenskej poisťovne, a.s., vyslovuje ošetrojúci lekár súhlas k účinnej spolupráci.

**Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne na všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.**

V ..... dňa .....

.....  
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára  
adresa zdrav. zariadenia a telefón