

Allianz- Slovenská poisťovňa, a. s.

Meno a priezvisko poistovanej osoby: r. č.:

Poistná zmluva číslo: zo dňa:

LEKÁRSKA SPRÁVA – výpis zo zdravotnej dokumentácie

-prosím vyplňte bez toho, aby ste pacienta vyšetrovali, alebo sa ho pýtali - príslušnú odpoveď označte krížikom

1. Na základe ktorej choroby, poruchy, zranenia ste pacienta naposledy vyšetrovali?					
Dg:					
Dátum:		Dĺžka trvania ochorenia/od:		do:	
2. Je pacient t.č. PN? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie od: do: Dg:					
2. Zanechalo ochorenie, porucha, prípadne zranenie nejaké následky?				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Ak áno, špecifikujte prosím:					
3. Má/mal pacient okrem uvádzaného ešte inú vadu, ochorenie, chronickú chorobu?					
				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Ak áno, špecifikujte prosím:					
4. Bolo pacientovi vykonané niektoré z nasledovných vyšetrení? Uvedte rok.					
RTG				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
sonografické vyšetrenie				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
EKG				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
ECHO				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
spirometria:		PFR:		FEV1: FVC:	
				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte prosím výsledky vyšetrení, prípadne nám zašlite fotokópie správ a nálezov:					
5. Bola pacientovi diagnostikovaná hypertenzia, prípadne srdcovo-cievne ochorenie?					
				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Uveďte prosím namerané hodnoty krvného tlaku: syst. / diast. syst. / diast. syst. / diast.					
dátum: / /		dátum: / /		dátum: / /	
6. Uveďte prosím pacientovu výšku: váhu:					
7. Užíva pacient pravidelne nejaké lieky?				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Ak áno prosím uveďte a) názov a množstvo lieku:					
b) od akého dátumu:					
8. Bol pacient hospitalizovaný v nemocnici, ústave, alebo v starostlivosti zdravotníckeho zariadenia?				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte prosím kedy a príčinu:					
9. Má pacient plánovanú operáciu?/uveďte termín a diagnózu					
				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10. Hodnoty posledného vyšetrenia / rok:					
Kyselina močová:		AST:		ALT:	
triglyceridy:		cholesterol:		LDL:	
				HDL:	
				HIV test:	
				Posit. Negat.	
				GMT: bilirubín:	
11. Máte vedomosť, či sa pacient lieči aj u iných lekárov? Ak áno, akých? Uveďte diagnózu.				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
12. Je Vám známe, že by pacient nadmerne užíval alkohol, omamné látky, nikotín? /vyznačte/					
				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
13. Je pacient podľa Vášho úsudku zdravý?					
				<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
14. Poznámky: v prípade nedostatku miesta uveďte doplňujúce informácie na ďalší list papiera					

.....
dátum

.....
pečiatka a podpis lekára

Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s.

ošetrojúcemu diabetológovi alebo lekárovi, ktorý najlepšie pozná zdravotný stav poistovanej osoby:

Meno a priezvisko poistovanej osoby:

Rodné číslo:

Poistná zmluva číslo:.....

Zo dňa:

LEKÁRSKA SPRÁVA –výpis zo zdravotnej dokumentácie

-prosím vyplňte bez toho, aby ste pacienta vyšetrali, alebo sa ho pýtali, príslušnú odpoveď označte krížikom

1. Uvedte prosím rok, kedy bol pacientovi diagnostikovaný diabetes mellitus:			
2. Aký typ diabetu bol pacientovi diagnostikovaný?			
3. Vyskytujú sa u pacienta niektoré z následovných komplikácií?			
diabetická angiopatia	<input type="checkbox"/>	áno	<input type="checkbox"/>
diabetická retinopatia	<input type="checkbox"/>	áno	<input type="checkbox"/>
diabetická nefropatia	<input type="checkbox"/>	áno	<input type="checkbox"/>
Hypertenzia	<input type="checkbox"/>	áno	<input type="checkbox"/>
4. Prosím uvedte hodnoty glykémie z posledných štyroch vyšetrení:			
dátum:	hodnota:		
dátum:	hodnota:		
dátum:	hodnota:		
dátum:	hodnota:		
5. Prosím uvedte výsledky vyšetrení:			
cholesterol:			
triglyceridy:			
glykosylovaný hemoglobín:			
6. Uvedte prosím pacientovu	výšku:	váhu:	
7. Prosím uvedte názov a dávkovanie liekov, ktoré ste pacientovi predpísali k pravidelnému užívaniu:			
názov lieku:	dávkovanie:		
názov lieku:	dávkovanie:		
názov lieku:	dávkovanie:		
názov lieku:	dávkovanie:		
8. Bol pacient hospitalizovaný v nemocnici, ústave alebo v starostlivosti zdravotníckeho zariadenia?			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
Ak áno, uvedte prosím dôvod a dátum:			
9. Máte vedomosť, či sa pacient lieči aj u iných lekárov? Ak áno, akých? Uvedte diagnózu.			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
8. Poznámky:			

.....
dátum

.....
pečiatka a podpis lekára

Allianz – Slovenská poisťovňa, a. s.

ošetrujúcemu gynekológovi alebo lekárovi, ktorý najlepšie pozná zdravotný stav poisťovanej osoby:

Meno a priezvisko poisťovanej osoby:

Rodné číslo:

Poistná zmluva číslo:.....

Zo dňa:

LEKÁRSKA SPRÁVA –výpis zo zdravotnej dokumentácie

-prosím vyplňte bez toho, aby ste pacientku vyšetřovali, alebo sa jej pýtali, príslušnú odpoveď označte krížikom

1. Uvedte prosím gynekologické ochorenie alebo poruchu, kvôli ktorej ste pacientku vyšetřovali:			
Dátum:			
2. Bola pacientka hospitalizovaná?			
			áno nie
Ak áno, uvedte prosím kedy a príčinu:			
3. Podstúpila pacientka gynekologickú operáciu?			
			áno nie
Ak áno, uvedte prosím: dátum:			
výsledok histológie:			
4. Má pacientka plánovanú operáciu?			
			áno nie
Ak áno, uvedte prosím o akú operáciu ide a kedy:			
5. Prosím uvedte názov a dávkovanie liekov, ktoré ste pacientke predpísali k pravidelnému užívaniu:			
6. Prosím uvedte počet pôrodov:			
Rok:	Rok:	Rok:	Rok:
7. Prosím uvedte počet abortov:			
8. Je podľa Vašich informácií pacientka tehotná?			
			áno nie
Ak áno, prosím uvedte či má pacientka komplikácie, prípadne bližšie špecifikujte:			
9. Pokladáte pacientku z pohľadu gynekológie za zdravú?			áno nie
10. Je Vám známe, či sa lieči u iných lekárov? Ak áno uvedte akých a diagnózu.			
11. Poznámky:			

.....
dátum

.....
pečiatka a podpis lekára

Allianz – Slovenská poisťovňa, a. s.

ošetrujúcemu neuroológovi alebo lekárovi, ktorý najlepšie pozná zdravotný stav poisťovanej osoby:

Meno a priezvisko poisťovanej osoby:

Rodné číslo:

Poistná zmluva číslo:.....

Zo dňa:

LEKÁRSKA SPRÁVA –výpis zo zdravotnej dokumentácie

-prosím vyplňte bez toho, aby ste pacienta vyšetřovali, alebo sa ho pýtali príslušnú odpoveď označte krížikom

1. Uvedte prosím typ epilepsie u vyššie menovaného pacienta:
2. Kedy (rok) bola pacientovi diagnostikovaná epilepsia?
3. Uvedte prosím príčinu epilepsie (úraz, vrodená..)
4. Uvedte prosím počet záchvatov v priebehu kalendárneho roka:
5. Uvedte prosím dátum posledného záchvatu:
6. Aká bola intenzita posledného záchvatu:
6. Prosím uveďte názov a dávkovanie liekov, ktoré ste predpísali pacientovi k pravidelnému užívaniu:
7. Je Vám známe, či sa lieči u iných lekárov? Ak áno uveďte akých a diagnózu.
8. Poznámky:

.....
dátum

.....
pečiatka a podpis lekára

Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s.

ošetrujúcemu psychiatrovi alebo lekárovi, ktorý najlepšie pozná zdravotný stav poisťovanej osoby:

Meno a priezvisko poisťovanej osoby:

Rodné číslo:

Poistná zmluva číslo:.....

Zo dňa:

LEKÁRSKA SPRÁVA –výpis zo zdravotnej dokumentácie

-prosím vyplňte bez toho, aby ste pacienta vyšetrovali, alebo sa ho pýtali, príslušnú odpoveď

označte krížikom

1. Uvedte prosím, na základe ktorej psychiatrickej diagnózy je u Vás pacient sledovaný:		
Dg.:		
Dátum diagnostikovania:		Odkedy je Vami pacient liečený/sledovaný?
2. Vznikli príznaky psychického ochorenia na základe konkrétnej udalosti?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, popíšte, prosím bližšie akej udalosti:		
3. Aký priebeh a príznaky má ochorenie?		
Išlo o jednorazový atak ochorenia bez ďalšieho relapsu?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak nie, ako často sa ataky opakujú:		naposledy:
Príznaky:		
4. Bol pacient v poslednom roku PN z dôvodu psychického ochorenia?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte, prosím ako často:		priemerná dĺžka PN:
		naposledy od: do:
5. Bol pacient kvôli psychickému problému hospitalizovaný alebo ústavne liečený, príp. bola takáto forma liečenia doporučená?		
Ak áno, uveďte, prosím kedy:		dôvod:
6. Užíva pacient lieky, príp. je inak liečený?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
názov lieku:	dávkovanie:	od akého dátumu:
názov lieku:	dávkovanie:	od akého dátumu:
názov lieku:	dávkovanie:	od akého dátumu:
Iná, nemedikamentózna liečba:		
7. Dodržiava pacient Vaše pokyny? (terapia, denný režim, užívanie liekov...)		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
8. Pokúsil sa niekedy pacient o samovraždu, alebo vyjadril niekedy úmysel spáchať ju?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte, prosím kedy:		bližšie informácie:
9. Je Vám známe, že by pacient nadmerne užíval alkohol, omamné látky, nikotín alebo bol inak závislý?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
11. Je psychické ochorenie v súčasnej dobe stabilizované?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
12. Lieči sa pacient aj pre iné ako psychické ochorenie?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte, prosím diagnózy:		
13. Poznámky:		

.....
dátum

.....
pečiatka a podpis lekára