

Lékařská zpráva Zápěstí

Pojistná událost

č.

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Průkaz totožnosti , podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby	Číslo dokladu totožnosti
<input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad:	

Objektivní nález

Vyplní lékař specialista z oboru ortopedie, chirurgie nebo traumatologie.

Diagnóza úrazového poškození:

	DF	PF	RD	UD	pronace předloktí	supinace předloktí
Pravá ruka						
Levá ruka						

Pojištěný je: <input type="checkbox"/> Pravák <input type="checkbox"/> Levák	Je stav trvalých následků ustálený? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Je plánováno další léčení? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, specifikujte (rehabilitace, plastika vazů, extrakce kovů).
Jsou doporučena další vyšetření? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, uveďte jaká.

Prohlášení

Potvrzuji, že se údaje v lékařské zprávě týkají pojištěného uvedeného v tiskopisu.
 Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné.

V dne
 Razítko a podpis lékaře

CSOBPOS00000000

