

Pojistná událost

č.

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo
<input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad:	Číslo dokladu totožnosti

Objektivní nález

Vyplní lékař specialista z oboru ortopedie, chirurgie nebo traumatologie.

Diagnóza úrazového poškození:

	flexe	extenze	pronace	supinace
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

