

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:

Pohyby	dorzální flexe	plantární flexe	inverze	everze	zásuvka	vazy (+ až +++)
Vpravo						
Vlevo						
Otoky / trofické změny (obvod 15 cm nad mediálním kotníkem)						
Vpravo						
Vlevo						

Je stav trvalých následků ustálený? NE ANO

Je plánováno další léčení? NE ANO

Pokud ANO, specifikujte (rehabilitace, plastika vazů, extrakce kovů).

Jsou doporučena další vyšetření? NE 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

