

Lékařská zpráva Stehenní kost

Pojistná událost

č.

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Průkaz totožnosti , podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby <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:

Kýčelní kloub	pohyby	flexe	extenze	VR	ZR	AB	AD
	vpravo						
vlevo							
Délka končetin	vpravo	Úhlová/rotační deformita prokázána na RTG					
	vlevo						
Pravé koleno	flexe			extenze			
	ABD 0°	ABD 30°	ADD 0°	ADD 30°	ZZ	Lachmann	
Levé koleno	flexe			extenze			
	ABD 0°	ABD 30°	ADD 0°	ADD 30°	ZZ	Lachmann	

Pojištěný je: Pravák Levák 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

