

Lékařská zpráva Zlomenina bérce

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:

Kotník	pohyby	dorzální flexe	plantární flexe	inverze	everze	zásuvka
	vpravo					
vlevo						
Otoky/trofické změny (obvod 20 cm nad kotníkem)	vpravo					
	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

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

