

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:

Pohyby	flexe	extenze	VR	ZR	AB	DB
Vpravo						
Vlevo						
	délka končetin	Trofické změny (obvod stehna 20 cm nad patelou)				
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

